



T.C.
TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

SAĞLIK KURUMLARINDA TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ: OMÜ
SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ ÖRNEĞİ

Hazırlayan
Aysel ARSLAN

İşletme Anabilim Dalı
Doktora Tezi

Danışman
Prof. Dr. Çetin BEKTAŞ

TOKAT-2021



T.C.
TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

SAĞLIK KURUMLARINDA TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ: OMÜ
SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ ÖRNEĞİ

Hazırlayan
Aysel ARSLAN

İşletme Anabilim Dalı
Doktora Tezi

Danışman
Prof. Dr. Çetin BEKTAŞ

TOKAT-2021

Aysel ARSLAN tarafından hazırlanan “Sağlık Kurumlarında Toplam Kalite Yönetimi: OMÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Örneği” adlı tez çalışmasının savunma sınavı 6 TEMMUZ 2021 tarihinde yapılmış olup aşağıda verilen Jüri tarafından Oy Birliği / Oy Çokluğu ile Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü İŞLETME ANABİLİM DALI’nda Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Üyeleri (Unvanı, Adı Soyadı)

İmzası

Üye (Başkan) :

.....

Üye :

.....

Üye :

.....

Üye :

.....

Üye :

.....

ONAY

...../...../.....

Prof. Dr. Mehmet GÜNEŞ
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürü

BİLİMSEL ETİK SAYFASI

Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü tez yazım kılavuzuna göre, Prof. Dr. Çetin Bektaş danışmanlığında hazırlamış olduğum "Sağlık Kurumlarında Toplam Kalite Yönetimi: OMÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Örneği" adlı Doktora tezimin bilimsel etik değerlere ve kurallara uygun, özgün bir çalışma olduğunu, aksinin tespit edilmesi halinde her türlü yasal yaptırımını kabul edeceğimi beyan ederim.

13.07.2021

Aysel ARSLAN

TEŞEKKÜR

Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi İşletme Anabilim Dalı'ndaki doktora eğitimim boyunca ve tezimi hazırlama sürecinde bilgisi, deneyimi ve sabrı ile her zaman yanımda olan tez danışmanım Sayın Prof. Dr. Çetin BEKTAŞ hocama, bilgilerinden ve tecrübelerinden doktora eğitimim boyunca yararlandığım değerli hocam Sayın Doç. Dr. Sema POLATCI hocama, doktora tezimi yazarken katkıları ile destek olan Sayın Dr. Öğr. Üyesi Özlem DEMİR hocama ve doktora eğitimim boyunca çok değerli katkılarından dolayı İşletme Anabilim Dalı'ndaki tüm hocalarıma, her zaman yanımda olan desteğini esirgemeyen eşim Nuri ARSLAN'a ve canım oğlum Hilmi Anıl ARSLAN'a sonsuz teşekkür ederim.

Aysel ARSLAN

ÖZET

Avrupa Kalite Yönetim Vakfı (EFQM- European Foundation for Quality Management) Mükemmellik Modeli günümüz rekabet dünyasında kurumların başarılı olabilmeleri için temel başlıkları bulunan ve bu temel başlıklar çerçevesinde kurumların faaliyetlerini gözler önüne seren bir kalite değerlendirme aracıdır. Bu sayede kurumlar başarılı uygulamaları ile geliştirilmesi gereken yönlerini belirlemiş olurlar.

Bu çalışmanın amacı, toplam kalite yönetiminin sağlık organizasyonlarında benimsenmesi ve uygulanmasıyla ortaya çıkan faydaları değerlendirmektir. Toplam kalite yönetimi anlayışının organizasyonlarda başarıya ulaşmasındaki kilit nokta, en alt düzey çalışandan, en üst düzey yöneticiye kadar bu anlayışı benimsemiş bir yönetim felsefesinin var olmasıdır. Bu çalışmada Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezinin kaliteye yönelik faaliyetleri değerlendirilmiştir. OMÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, 2005 tarihinde kalite çalışmalarına başlamış, 2014 yılı itibari ile de Sağlık Bakanlığı çalışmaları ile birlikte kalite yönetimi faaliyetlerine daha kapsamlı bir şekilde devam etmiştir. Toplam Kalite Yönetimi; sürekli gelişme, iyileşme ve müşteri memnuniyetini esas alan katılımcı bir yönetim anlayışdır. Bu nedenle yapılan çalışmada, OMÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi toplam kalite yönetimi açısından değerlendirilirken; misyon, vizyon ve strateji, kurum kültürü ve liderlik uygulamaları, sürdürülebilir değer yaratmak, performans ve dönüşümü artırma çalışmaları ile paydaş algıları ve stratejik ve operasyonel performans gibi kriterlerde süreçleri incelenmiştir. Böylece kurumun mevcut durumu ile kuvvetli ve iyileştirmeye açık yönleri ortaya konularak detaylı olarak analiz edilmiştir. Çalışmada güncellenen 2019 EFQM Mükemmellik Modeli kullanılarak değerlendirmeler yapılmıştır. 2019 EFQM Mükemmellik Modeli yeni bir model olduğundan, bu çalışmanın toplam kalite yönetimi alanında araştırmalar yapan sağlık organizasyonları ve bilim insanları için faydalı olacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: EFQM, Sağlık, Hastane, Toplam Kalite Yönetimi.

ABSTRACT

European Quality Management Foundation (EFQM- European Foundation for Quality Management) Excellence Model is a quality assessment tool including the main headings for the success of the institutions in today's competitive world and revealing the activities of the institutions within the framework of these main headings. In this way, the institutions determine the aspects that should be developed through their successful applications.

The purpose of this study is to evaluate the benefits arising from the adoption and implementation of total quality management for health organizations. The key point in the success of the total quality management approach in organizations is that there is a management philosophy that has adopted this understanding, from inferiors to superiors. In this study, the quality-oriented activities of the Ondokuz Mayıs University Health Practice and Research Center were evaluated. OMU Health Practice and Research Center started its quality studies in 2005 and continued its activities more comprehensively as of 2014 within the scope of the Ministry of Health's quality management. Total Quality Management is a participatory management approach that based on continuous development, improvement, and customer satisfaction. For this reason, while OMU Health Practice and Research Center is evaluated in terms of total quality management, the processes of criteria such as mission, vision and strategy, corporate culture and leadership practices, creating sustainable value, increasing performance and transformation, and stakeholder perceptions and strategic and operational performance have been examined. In this way, the current state of the institution and its strong and open to improvement aspects were analyzed in detail. The assessments were made using the updated 2019 EFQM Excellence Model in the study. Since the 2019 EFQM Excellence Model is new, this study is thought to be beneficial for health organizations and scientists researching the field of total quality management.

Keywords: EFQM, Health, Hospital, Total Quality Management.

İÇİNDEKİLER

Sayfa

BİLİMSEL ETİK SAYFASI	i
TEŞEKKÜR	ii
ÖZET	iii
ABSTRACT	iv
İÇİNDEKİLER	v
TABLO LİSTESİ	xi
ŞEKİL LİSTESİ	xv
KISALTMA LİSTESİ	xvi
GİRİŞ	1
1. BÖLÜM: SAĞLIK KURUMLARI VE TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ İLE İLGİLİ TEMEL KAVRAMLAR	3
1.1. SAĞLIK HİZMETİ TÜRLERİ, YATAKLI TEDAVİ KURUMLARININ ÖZELLİKLERİ VE SINIFLANDIRILMASI	3
1.1.1. Sağlık Hizmeti Türleri	3
1.1.2. Yataklı Tedavi Kurumlarının Özellikleri.....	5
1.1.3. Yataklı Tedavi Kurumlarının Sınıflandırılması.....	7
1.1.3.1. Mülkiyet Esasına Göre Hastaneler	7
1.1.3.2. Büyüklüklerine Göre Hastaneler	7
1.1.3.3. İşlevlerine Göre Hastaneler	8

1.1.3.4. Hastaların Kalış Süresine Göre Hastaneler	8
1.1.3.5. Akreditasyon Durumuna Göre Hastaneler	9
1.1.3.6. Dikey Entegrasyona Göre Hastaneler	9
1.2. SAĞLIK KURUMLARINA TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ ODAKLI BAKİŞ	9
1.2.1. Sağlık Kurumlarında Kalite	9
1.2.2. Sağlık Kurumlarında Toplam Kalite Yönetiminin Tarihsel Gelişimi.....	12
1.2.3. Sağlık Kurumları Odaklı Toplam Kalite Yönetimi İlkeleri.....	17
1.2.3.1. Hasta Odaklılık.....	17
1.2.3.2. Hataları Önleyici Yaklaşım.....	18
1.2.3.3. Tam Katılım ve Takım Çalışması	19
1.2.3.4. Sağlık Hizmetini Sürekli Geliştirme	20
1.2.3.5. Üst Yönetimin Liderliği	21
1.2.3.6. Sağlık ve İdari Personelin Eğitimi.....	22
1.2.3.7. Tanı ve Tedavide Sıfır Hatayı Hedeflemek.....	24
1.2.4. Toplam Kalite Yönetimi Öncüleri ve Sağlık Kurumları Odaklı Bakış 25	
1.2.4.1. Frederick W. Taylor'un Kalite Felsefesi.....	25
1.2.4.2. Walter A. Shewhart'ın Kalite Felsefesi.....	27
1.2.4.3. Joseph M. Juran'ın Kalite Felsefesi	28
1.2.4.4. Philip B. Crosby'nin Kalite Felsefesi.....	30

1.2.4.5. Armand V. Feigenbaum'un Kalite Felsefesi	33
1.2.4.6. F. Genichi Taguchi'nin Kalite Felsefesi.....	34
1.2.4.7. Masaaki Imai'nin Kalite Felsefesi.....	36
1.2.4.8. Kaoru Ishikawa'nın Kalite Felsefesi	37
1.2.4.9. William Edwards Deming'in Kalite Felsefesi.....	39
1.2.4.10. Yoji Akao'nun Kalite Felsefesi	43
1.2.5. Sağlık Kurumlarında Uygulanan Uluslararası Kalite Ödülleri.....	45
1.2.5.1. Malcolm Baldrige Ulusal Kalite Ödülü (MBNQA)	45
1.2.5.2. Deming Ödülü	47
1.2.5.3. EFQM Avrupa Kalite Ödülü	48
1.2.6. Sağlık Kurumlarında Uygulanan Kalite Güvence Sistemleri.....	50
1.2.6.1. Uluslararası Standart Organizasyonu (ISO) ve Türk Standartları Enstitüsü (TSE) 52	
1.2.6.2. ISO 9000 Kalite Standartları Serisi	53
1.2.6.3. EN 45000 Akreditasyon Standartları	56
1.2.6.4. HACCP Gıda Güvenliği Yönetim Sistemi Belgesi	57
1.2.6.5. ISO 22000: 2005 Gıda Güvenliği Yönetimi Sistemleri Belgesi 57	
2. BÖLÜM: SAĞLIK KURUMLARINDA EFQM MÜKEMMELLİK MODELİ UYGULAMASI.....	58
2.1. EFQM MÜKEMMELLİK MODELİNE GENEL BAKIŞ	58
2.2. EFQM MÜKEMMELLİK MODELİNİN TEMEL UNSURLARI	63

2.2.1. Hastalar İçin Değer Katma	63
2.2.2. Sağlık Kurumları İçin Sürdürülebilir Bir Gelecek Yaratma	63
2.2.3. Sağlık Kurumlarında Yetenek Geliştirme	64
2.2.4. Sağlık Kurumlarında Yaratıcılık ve Yenilikten Yararlanma	64
2.2.5. Sağlık Kurumlarında Vizyoner Liderlik Sağlama	65
2.2.6. Sağlık Kurumlarını Çeviklikle Yönetme	66
2.2.7. Çalışanların Yetenekleri ile Başarma	67
2.2.8. Mükemmel Sonuçları Sürdürme	67
2.3. EFQM MÜKEMMELLİK MODELİNİN KRİTERLERİ	69
2.3.1. Yön	69
2.3.1.1. Kriter 1: Amaç, Vizyon ve Strateji	69
2.3.1.2. Kriter 2: Kurum Kültürü ve Liderlik	70
2.3.2. Uygulama	71
2.3.2.1. Kriter 3: Paydaş Bağlılığının Sağlanması	71
2.3.2.2. Kriter 4: Sürdürülebilir Değer Yaratmak	72
2.3.2.3. Kriter 5: Performans ve Dönüşümü Yönlendirme	72
2.3.3. Sonuçlar	73
2.3.3.1. Kriter 6: Paydaş Algıları	73
2.3.3.2. Kriter 7: Stratejik ve Operasyonel Performans	74
2.4. SAĞLIK KURUMLARINDA RADAR FELSEFESİ	75
2.4.1. R. A. D. A. R. Felsefesi ve Açılımı	77

2.4.2. RADAR Puanlama Matrisi	80
2.5. EFQM MÜKEMMELLİK MODELİNDE ÖZDEĞERLENDİRME SÜRECİ	81
2.5.1. Özdeğerlendirme ve Amacı	81
2.5.2. Özdeğerlendirmenin Faydaları	82
2.5.3. Özdeğerlendirme Süreci	83
2.5.4. EFQM Modeli Özdeğerlendirme Yöntemleri.....	85
2.5.4.1. Soru Listesi Yöntemi.....	85
2.5.4.2. Matris Şema Yöntemi.....	86
2.5.4.3. Ekip Çalışması Yöntemi (Çalıştay).....	87
2.5.4.4. Ödül Benzetimi Yöntemi.....	88
2.5.4.5. Özdeğerlendirme Formu Yöntemi.....	88
2.5.5. EFQM Özdeğerlendirme Yöntemlerinin Karşılaştırılması.....	88
2.6. TÜSİAD-KALDER KALİTE ÖDÜLÜ TÜRLERİ	90
2.6.1. Mükemmellikte Kararlılık	91
2.6.2. Mükemmellikte Yetkinlik.....	92
2.6.3. Türkiye Mükemmellik Ödülü	93
2.6.4. Mükemmellikte Süreklilik Ödülü	93
3. BÖLÜM: ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİNDE BİR ARAŞTIRMA.....	95
3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI, KAPSAMI, ÖNEMİ VE YÖNTEMİ.....	95

3.1.1. Araştırmanın Amacı.....	95
3.1.2. Araştırmanın Kapsamı	95
3.1.3. Araştırmanın Önemi	96
3.1.4. Araştırmanın Yöntemi	97
3.2. ARAŞTIRMANIN ANALİZİ VE BULGULAR.....	97
3.2.1. Yön	97
3.2.1.1. Kriter 1: Amaç, Vizyon ve Strateji.....	98
3.2.1.2. Kriter 2: Kurum Kültürü ve Liderlik.....	106
3.2.2. Uygulama.....	121
3.2.2.1. Kriter 3: Paydaş Bağlılığının Sağlanması	121
3.2.2.2. Kriter 4: Sürdürülebilir Değer Yaratma	128
3.2.2.3. Kriter 5: Performans ve Dönüşümü Yönlendirme	132
3.2.3. Sonuçlar	141
3.2.3.1. Kriter 6: Paydaş Algıları.....	141
3.2.3.2. Kriter 7: Stratejik ve Operasyonel Performans	166
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	172
KAYNAKLAR	175
EKLER.....	187
ÖZGEÇMİŞ.....	205

TABLO LİSTESİ

Tablo 1. 1. Sağlık Kurumlarında Alınması Gereken Eğitim	23
Tablo 2. 1. EFQM Mükemmellik Modelindeki Değişiklikler.....	62
Tablo 2. 2. Yön Analizi	77
Tablo 2. 3. Uygulama Analizi	78
Tablo 2. 4. Sonuçların Analizi.....	79
Tablo 2. 5. EFQM Özdeğerlendirme Yöntemlerinin Karşılaştırılması	89
Tablo 3. 1. OMÜ Paydaş Listesi.....	101
Tablo 3. 2. OMÜ Kurum Kültürü Anketi.....	108
Tablo 3. 3. OMÜ SUVAM Organizasyon Şeması	112
Tablo 3. 4. OMÜ Liderlik Davranış Değerlendirme Anketleri	114
Tablo 3. 5. OMÜ SUVAM Kalite Yönetim Şeması.....	119
Tablo 3. 6. Tıpta Uzmanlık/Yandal Uzmanlık Eğitimine İlişkin Tablo.....	124
Tablo 3. 7. Tedarikçi Değerlendirme Kriterleri Tablosu.....	127
Tablo 3. 8. OMÜ SUVAM Gelir-Gider Durumu	138
Tablo 3. 9. OMÜ SUVAM Kar/Zarar Durumu.....	139
Tablo 3. 10. OMÜ SUVAM Mal Alımlarının Miktarı.....	139
Tablo 3. 11. 2015-2018 Yıllarına Göre Çalışan Personel Memnuniyeti.....	141
Tablo 3. 12. Katılımcıların Eğitimle İlgili Cevapları	142
Tablo 3. 13. Katılımcıların Çalışma Koşulları İle İlgili Cevapları.....	142

Tablo 3. 14. Katılımcıların Çalışma Mekanı İle İlgili Cevapları	142
Tablo 3. 15. Katılımcıların Çalışan Güvenliği İle İlgili Cevapları.....	142
Tablo 3. 16. Katılımcıların Ödüllendirme Mekanizmaları İle İlgili Cevapları	142
Tablo 3. 17. Katılımcıların Hasta ve Çalışan Güvenliği İyileşmesi Cevapları	143
Tablo 3. 18. Katılımcıların Hasta ve Çalışan Güvenliği Yönetimi Cevapları..	143
Tablo 3. 19. Katılımcıların Yöneticilere Sorun İletme İle İlgili Cevapları	143
Tablo 3. 20. Sağlıkta Kalite Standartları Bilgilendirilmesi İle İlgili Cevaplar.	143
Tablo 3. 21. Katılımcıların Bölümün İşleyişi İle İlgili Görüşleri.....	143
Tablo 3. 22. Katılımcıların Memnuniyet Düzeyleri	144
Tablo 3. 23. Tedarikçi Memnuniyet Anketi Sonuçları (2017)	145
Tablo 3. 24. Tedarikçi Memnuniyet Anketi Sonuçları (2019)	146
Tablo 3. 25. 2015-2016 Yıllarında Ayaktan Hasta Memnuniyet Puanları.....	147
Tablo 3. 26. 2017 yılı Ayaktan Hasta Memnuniyet Puanları	147
Tablo 3. 27. 2018 yılı Ayaktan Hasta Memnuniyet Puanları	147
Tablo 3. 28. Katılımcıların Zaman Bilgilendirilmesi İle İlgili Cevapları	148
Tablo 3. 29. Katılımcıların Doktor Seçimi İle İlgili Cevapları	149
Tablo 3. 30. Katılımcıların Danışma/Yönlendirme İle İlgili Cevapları	149
Tablo 3. 31. Katılımcıların Bekleme Salonları İle İlgili Cevapları	150
Tablo 3. 32. Katılımcıların Muayene Süresi İle İlgili Cevapları	150
Tablo 3. 33. Katılımcıların Doktor Değerlendirmeleri İle İlgili Cevapları	151
Tablo 3. 34. Katılımcıların Doktor İlgisi İle İlgili Cevapları	151

Tablo 3. 35. Katılımcıların Personel İlgisi İle İlgili Cevapları.....	152
Tablo 3. 36. Katılımcıların Kişisel Mahremiyet İle İlgili Cevapları	152
Tablo 3. 37. Katılımcıların Tetkik Süresi İle İlgili Cevapları	153
Tablo 3. 38. Katılımcıların Hastane Temizliği İle İlgili Cevapları	153
Tablo 3. 39. Katılımcıların Hizmet İle İlgili Cevapları	154
Tablo 3. 40. 2019 Yılı Aylık Ayaktan Tedavi Gören Hasta Memnuniyeti	154
Tablo 3. 41. 2016 Yılı Aylık Yatan Hasta Anketi Memnuniyet Oranı	155
Tablo 3. 42. 2017 Yılı Aylık Yatan Hasta Anketi Memnuniyet Oranı	156
Tablo 3. 43. 2018 Yılı Aylık Yatan Hasta Anketi Memnuniyet Oranı	156
Tablo 3. 44. Katılımcıların Ses ve Gürültü İle İlgili Cevapları	157
Tablo 3. 45. Katılımcıların Hastane Odası İle İlgili Cevapları	157
Tablo 3. 46. Katılımcıların Yemek Dağıtım Hijyeni İle İlgili Cevapları	157
Tablo 3. 47. Katılımcıların Yemek Sıcaklığı İle İlgili Cevapları	158
Tablo 3. 48. Katılımcıların Doktor Tarafından Bilgilendirilmeleri.....	158
Tablo 3. 49. Katılımcıların Hemşire Tarafından Bilgilendirilmeleri	159
Tablo 3. 50. Katılımcıların Doktor İlgisi İle İlgili Cevapları	159
Tablo 3. 51. Katılımcıların Hemşire İlgisi İle İlgili Cevapları	160
Tablo 3. 52. Katılımcıların Sekreter İle İlgili Cevapları	160
Tablo 3. 53. Katılımcıların Temizlik Personeli İle İlgili Cevapları	160
Tablo 3. 54. Katılımcıların Kişisel Mahremiyet İle İlgili Cevapları	161
Tablo 3. 55. Katılımcıların Hastane Temizliği İle İlgili Cevapları	161

Tablo 3. 56. Katılımcıların Doktora Ulaşabilme İle İlgili Cevapları	162
Tablo 3. 57. Katılımcıların Hizmet İle İlgili Cevapları	162
Tablo 3. 58. Katılımcıların Taburculuk Süreci İle İlgili Cevapları	163
Tablo 3. 59. 2019 Yılı Yatarak Tedavi Gören Hasta Memnuniyeti	163
Tablo 3. 60. 2018-2020 Yılları Arasında Hasta Memnuniyeti.....	164
Tablo 3. 61. Hasta Başvuru Sayıları.....	167
Tablo 3. 62. Ameliyat Sayıları	168
Tablo 3. 63. Yatak/Hasta/Tektik Sayıları	168
Tablo 3. 64. 2015- 2019 Yılları Arası Yatak Doluluk Oranı	169
Tablo 3. 65. OMÜ SUVAM Performans Göstergeleri (3 Hedef)).....	170

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1. 1. Kalitenin Tarihsel Gelişimi	16
Şekil 1. 2. Juran'ın Kalite Felsefesi	29
Şekil 1. 3. Kalite Kayıp Fonksiyonu	34
Şekil 1. 4. Balık Kılçığı Diyagramı	38
Şekil 1. 5. Deming Döngüsü	41
Şekil 1. 6. Kalite Evinin Temel Kısımları	44
Şekil 1. 7. Malcolm Baldrige Ödül Kriterleri ve Değerleri	46
Şekil 1. 8. Deming Ödülü Temel Kriterleri ve Değerleri	48
Şekil 1. 9. EFQM Mükemmellik Modeli	49
Şekil 2. 1. EFQM Mükemmellik Modeli (2019, Türkçe versiyonu)	60
Şekil 2. 2. RADAR Açılımı ve Türkçe Karşılıkları	75
Şekil 2. 3. Özdeğerleme Süreci	85
Şekil 2. 4. Matris Şema Yöntemi	86
Şekil 2. 5. Ekip Çalışması Yöntemi	87
Şekil 2. 6. EFQM Özdeğerlendirme Yöntemlerinin Analiz Eksenini	90
Şekil 3. 1. Projelerin Fakültelere Göre Dağılımı	135

KISALTMA LİSTESİ

AB	Avrupa Birliği
ACS	Amerikan Cerrahlar Koleji (American College of Surgeons)
ASQC	Amerikan Kalite Kontrol Derneği (American Society for Quality Control)
BSI	İngiliz Standartlar Enstitüsü (British Standards Institution)
EC	Avrupa Komisyonu (European Commission)
EFQM	Avrupa Kalite Yönetim Vakfı (European Foundation for Quality Management)
EN	Avrupa Normu (Europeane Norm)
EOQ	Avrupa Kalite Organizasyonu (Europen Organization for Quality)
EOQC	Avrupa Kalite Kontrol Organizasyonu (European Organization for Quality Control)
HACCP	Tehlike Analizleri ve Kritik Kontrol Noktaları (Hazard Analysis and Critical Control Points)
ISO	Uluslararası Standartlar Organizasyonu (International Organization for Standardization)
JIS	Japon Sanayi Standartları (Japanese Industrial Standards)
KALDER	Türkiye Kalite Derneği
KGS	Kalite Güvence Sistemi
OMÜ	Ondokuz Mayıs Üniversitesi
SUVAM	Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi
TKY	Toplam Kalite Yönetimi
TSE	Türk Standartları Enstitüsü
WHO	Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization)
YGG	Yönetimin Gözden Geçirmesi
YÖK	Yükseköğretim Kurulu

GİRİŞ

Günümüzde hızla değişen koşullar, organizasyonları postmodern yönetim yaklaşımlarını benimseyerek hayatta kalmaya ve başarılı olmaya sevk etmektedir. Postmodern yönetim yaklaşımları içerisinde tüm organizasyonlar için geçerli olan yaklaşım Toplam Kalite Yönetimi'dir (TKY). Toplam Kalite Yönetiminde tüm paydaşların memnuniyeti esastır. Bunun için organizasyonlarda yürütülen etkinlik ve verimlilik çalışmalarının yanında organizasyon dışında sisteme etki eden faktörlerle doğrudan ve etkileşimli çalışmalar yapmak gerekir. Dolayısıyla günümüz rekabet döneminde dış dünyadan hızla etkilenen organizasyonlar TKY'ne önem vermektedirler. Önceleri özel sektörün dikkatini çeken ve uygulamalarına konu olan TKY, son yıllarda kamu kurumlarında da uygulanmaktadır. TKY'nin bir diğer özelliği ise her sektör tarafında uygulanabilir olmasıdır. İster mal üreten bir işletme ister hizmet üreten bir işletme olsun hepsi paydaş istek ve ihtiyaçlarını giderebildikleri ölçüde başarılıdırlar. Hizmet sektörü içerisinde yer alan sağlık organizasyonlarının konusu bilindiği gibi insan sağlığıdır. Sağlık organizasyonlarının amacı kısaca; sağlığın korunması, hastalıkların tedavi edilmesi ve sağlıklı yaşamın desteklenerek geliştirilmesidir. Bu amaç, TKY felsefesi ile desteklendiği takdirde sunulan sağlık hizmetinden memnuniyet sağlanacaktır. Hastalar her türlü sağlık sorunlarında memnun kaldıkları hastanelere başvuracaklar, diğer hastaları tavsiyeleriyle yönlendireceklerdir. Bu durum hastanenin performansını arttıracaktır. Aynı şekilde çalışanların memnun olması onların verimliliğine etki ederek, performansa katkı sağlayacaktır. Tedarikçiler ile de güvene dayalı ilişkiler hastaneye olumlu katkılar sağlayacaktır. Diğer taraftan sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi toplumun refahını arttırarak, ülkenin gelişmesine katkı sağlayacaktır. Organizasyonların başarısı da ülkenin başarısına olumlu katkı yapacaktır.

Yurt dışında başarılı organizasyonlar için oldukça önemli olan “mükemmeliyet merkezi” kavramı ülkemizde de son dönemlerde önem kazanmaya başlamıştır. Sağlık hizmetlerinde mükemmeliyet merkezi; yeterli sayıda ve alanında uzman personeli ile ileri derecede uzmanlık ve teknoloji gerektirecek tıbbi hizmetleri sunabilen, bunun için gerekli altyapı, donanım, araç-gereç ve malzemeye sahip olan, kalite temelli hizmet sunan kuruluşlardır. Bu merkezler sundukları olanaklar ile hastalar tarafından daha çok tercih edilirler. Bu sayede etkinlik, verimlilik ve sürdürülebilirliklerini devam ettirirler.

Sağlık Bakanlığı tarafından 2019 yılından itibaren ülkemizde mükemmeliyet merkezleri kurulmasına yönelik çalışmalar devam etmektedir. Bu kapsamda sağlık organizasyonlarında öncelikle yapılması gereken; kurumun kuvvetli yönleri ve iyileştirmeye açık alanlarını ortaya koyacak özdeğerlendirmenin yapılması olacaktır. Kuruluşlar için birçok özdeğerlendirme yöntemi bulunmaktadır. Bunlardan birisi de EFQM Mükemmellik Modelidir. Bu model kriterleri çerçevesinde başarılı organizasyonları ödüllendiren, uluslararası kabul gören bir kurumsal değerlendirme aracıdır. Model dinamik bir yapıda olduğundan en son 2019 yılında tekrar güncellenmiştir.

Bu çalışmada, 2019 yılında güncellenen EFQM Mükemmellik Modeli kriterleri kullanılarak, bir sağlık kurumunda toplam kalite yönetimi uygulamaları değerlendirilmiştir. Değerlendirme sonucunda kurumun güçlü ve iyileştirmeye açık alanları ortaya konmuştur. Bu sayede modelin sağlık kurumlarında uygulanabilirliği değerlendirilmiştir. Çalışma üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde, sağlık hizmeti türleri, yataklı tedavi kurumlarının özellikleri ve sınıflandırılması anlatılmaktadır. İkinci bölümde, sağlık kurumlarında EFQM Mükemmellik Modeli uygulaması konusu ele alınmaktadır. Üçüncü bölümde, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nin toplam kalite yönetimi uygulamalarının EFQM Mükemmellik Modeli kriterleri ile araştırılması yer almaktadır. Çalışmada elde edilen toplam kalite yönetimi uygulamaları değerlendirmelerinin sağlık organizasyonlarının mükemmeliyet merkezi çalışmaları ile TKY çerçevesinde yapılan diğer çalışmalara fayda sağlaması hedeflenmiştir.

1. BÖLÜM: SAĞLIK KURUMLARI VE TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ İLE İLGİLİ TEMEL KAVRAMLAR

1.1. SAĞLIK HİZMETİ TÜRLERİ, YATAKLI TEDAVİ KURUMLARININ ÖZELLİKLERİ VE SINIFLANDIRILMASI

Bu başlık altında, sağlık hizmeti türleri, yataklı tedavi kurumlarının özellikleri ve sınıflandırılması açıklanmaktadır. Sağlık hizmeti türleri ve yataklı tedavi kurumlarının açıklanması sağlık kurumlarının daha iyi anlaşılmasına imkan sağlayacaktır.

1.1.1. Sağlık Hizmeti Türleri

Hizmet kavramının birçok tanımı vardır ve tanımların birçoğu, hizmetin soyut olmasıyla, istek ve ihtiyaçlara hitap etmesiyle, memnuniyet duygusu oluşturmasıyla ve etkileşimli sunulmasıyla ilgilidir. Bu tanımlar çerçevesinde hizmet; insan istek ihtiyaçlarının karşılanmasında herhangi bir malın mülkiyetini gerektirmeyen ve insanlarda tatmin oluşturan, kişisel etkileşimin ön planda olduğu faaliyetler bütünü olarak ifade edilebilir (Bektaş, 2019: 178). Sağlık hizmeti hastaların üretim sürecine doğrudan katıldığı insanlara dayalı hizmetler sınıfında yer alır. Bütüncül bir yaklaşımla sağlık hizmetlerinin kalitesi hasta ile ilk ilişkide başlamaktadır. Hastanın ihtiyaç ve beklentileri eksiksiz olarak belirlenip, hizmetler o yönde tasarlanmalıdır. Sonra hastanın beklentilerinin aşılması yönünde çaba harcanmalı ve hizmet standartları geliştirilmelidir (Bektaş, 2019: 183). Sağlık organizasyonları sağlık üretirler. Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) yapmış olduğu tanıma göre sağlık, kişinin sadece fiziksel değil, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halinde olmasıdır (Kavuncubaşı, 2000: 18). Sağlık hizmeti ise; kişilerin sağlıklarının korunması, hasta ve yaralıların iyileştirilmesi, sağlık düzeyinin yükseltilmesi ve geliştirilmesi, aynı zamanda rehabilite edici sağlık hizmetlerinin sunulmasını içeren, kişilerin dolayısıyla toplumun sağlıklı olabilmesi için yapılan faaliyetlerin toplamıdır. Sağlık hizmeti türleri dörde ayrılır (Tengilimoğlu, Işık ve Akbolat, 2009: 45). Bunlar aşağıda açıklanmaktadır:

-Koruyucu Sağlık Hizmetleri: Hastalık yapan etkenlerin ortadan kaldırılması, kişilerin hastalıklardan korunması için gerekli tüm faaliyetleri içerir. Koruyucu sağlık hizmetleri

Sağlık Bakanlığının her dönem plan ve politikalarında öncelikli hedefleri içinde yer almıştır. Çünkü bir sonraki aşama olan tedavi edici sağlık hizmetleri ile karşılaştırıldığında koruyucu sağlık hizmetleri daha az personel ile, daha az çaba ve emek gerektirir. Daha az malzeme ile daha az masrafla sağlık hizmeti sunulabilir. Koruyucu sağlık hizmetlerini bireye yönelik ve topluma yönelik olmak üzere ikiye ayırabiliriz (Çınarlı ve Hızal, 2014: 104).

Bireye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri; Sağlık hizmeti, sağlık personeli tarafından doğrudan bireye sunularak gerçekleşir. Bireye yönelik olan koruyucu sağlık hizmetleri;

- Bağışıklama (aşılama)
- Ana çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetleri
- Hastalıkların erken tanı ve tedavi işlemleri
- İlaçla koruma
- Sağlık eğitimi verilmesi (beslenme, kişisel hijyen, ağız ve diş sağlığı vb.) şeklinde sıralanabilir.

Çevreye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri: Sağlık hizmetinin, alanında uzman personelin (sağlık teknisyeni, kimyager, mühendis vb.) çabalarıyla, çevre sağlığının korunması maksadıyla sunumunu ifade eder. Çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri;

- Su ve besin sanitasyonunun sağlanması
- Hava kirliliği ile mücadele
- Gürültü kirliliği ile mücadele
- Vektörlerle mücadele
- Çevre kirliliği ile mücadele örnek verilebilir.

Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri: Hastalanan ya da yaralanan kişilerin eski sağlıklarına kavuşabilmeleri için uygulanan sağlık hizmetleridir. Tedavi edici sağlık hizmetleri üç basamakta ele alınır. Bunlar:

- **Birinci basamak tedavi edici sağlık hizmetleri:** Hasta ve yaralıların yatırılmadan ayakta tanı ve tedavilerinin yapıldığı sağlık kuruluşlarında sunulan sağlık hizmetidir. Örnek: Aile Sağlığı Merkezleri, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi, Dispanserler vb. sağlık kuruluşlarında sunulan hizmetler.

- **İkinci basamak tedavi edici sağlık hizmeti:** Hasta ve yaralıların yatırılarak tedavi edildikleri genel hastanelerde sunulan sağlık hizmetleridir. Örnek: Devlet Hastanelerinde yatırılarak tedavi gören hastalara sunulan sağlık hizmetleri.

- **Üçüncü basamak tedavi edici sağlık hizmeti:** Alanında ileri derecede donanım, teknoloji, bilgiye sahip hastanelerin sunduğu sağlık hizmetleridir. Belirli bir hastalığa yönelik uzmanlaşmış hastaneler (örnek: Kanser Hastaneleri, Göğüs Hastalıkları Hastanesi, Ruh Sağlığı Hastaneleri vb.) olabileceği gibi ve/veya eğitim hizmetininde yer aldığı (örnek: Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile Üniversite Hastaneleri) hastanelerde sunulan sağlık hizmetidir.

Rehabilite Edici Sağlık Hizmetleri: Bedensel sakatlıkların tıbbi müdahalelerle desteklendiği, aynı zamanda ihtiyacı olan bireylere verilen sosyal desteği de içeren, kişilerin başkalarına muhtaç olmadan bağımsız yaşayabilmelerini sağlayabilmek üzere verilen sağlık hizmetleridir. Rehabilite edici sağlık hizmetleri ikiye ayrılır. Bunlar:

- **Tıbbi rehabilitasyon:** Bedensel engeli ya da özrü bulunan kişilerin, tıbbi müdahaleler ile engel ya da özur durumlarının mümkün olduğunca düzeltilebilmesi, desteklenebilmesi yönündeki müdahaleleri içerir (örnek: Protez ameliyatları, fizik tedavi uygulamaları vb.).

- **Sosyal rehabilitasyon:** Bedensel engeli bulunan kişilerin başkalarına muhtaç olmadan yaşayabilmeleri için gerekli sosyal ortamın oluşturulması, onlara iş bulma, işe uyum sağlama gibi destek faaliyetleri ile sosyal desteğe ihtiyacı olan bireylere yönelik sağlık hizmetini kapsamaktadır.

- **Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri:** Sağlıklı olsun olmasın tüm bireylerde sağlıklı yaşam bilincini oluşturarak, sağlıklı yaşamının bir hayat felsefesine dönüştürülebilmesi amacıyla yönelik çalışmaların tümünü içerir. Sağlık eğitimini de kapsayan, daha geniş çerçevede, uzun vadede toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesini hedefleyen çalışmalardır.

1.1.2. Yataklı Tedavi Kurumlarının Özellikleri

Yataklı Tedavi Kurumları Yönetmeliği'ne göre hastane; hasta ve yaralıların hastalıktan şüphe edenlerin ve sağlık durumlarını kontrol ettirmek isteyenlerin, ayaktan veya yatarak müşahade, muayene, teşhis, tedavi ve rehabilite edildikleri, aynı zamanda

doğum yapılan kurumlardır. Organizasyon açısından hastanelerin özellikleri şunlardır (Kavuncubaşı, 2000: 52):

- *Hastaneler birer hizmet organizasyonudur:* Hizmet soyuttur, bölünemez, standartlaştırılmaz, üretim ve tüketim eş zamanlıdır ve emek yoğunudur. Hizmetin kalitesi sunulan sağlık hizmetinin gerekliliği ve yararlarının yanısıra hastaların beklentileri ve algılamaları sonucu oluşur.

- *Hastaneler açık- dinamik sistemlerdir:* Hastaneler dış dünya ile sürekli alış-veriş içinde olan, değişimlere göre kendini yenileyen, geliştiren sistemlerdir. Sistemin girdileri olarak; insan gücü (emek), malzeme ve finansal kaynakları sıralayabiliriz. Süreç sonucunda elde edilen çıktılar ise; hastaların tedavisi, personele yapılan hizmet içi eğitimler, sağlık alanında eğitim gören öğrencilerin eğitimleri ve gelişimleri ile araştırma ve geliştirme faaliyetleri, toplumun sağlık konusunda bilinçlenmesi, sağlığın korunması ve düzeyinin yükseltilmesidir. Kaliteli sağlık hizmeti sunumu çevreye göre değişen ve gelişen yapıda olmalı, eldeki kaynaklarla en fazla çıktıya ulaşmak hedeflenmelidir.

- *Hastaneler matris yapıda faaliyetlerini sürdürür:* Hastanelerde fonksiyonel yöneticiler ve proje yöneticileri yer alır. Hastane çalışanının hem proje yöneticisine karşı sorumlu olması hem de fonksiyonel yöneticiye bağlı çalışması zaman zaman otorite sorunları yaratabilmektedir. Ancak matris yapılanma kalitenin sağlanması, sürdürülmesi ve denetimini kolaylaştırır.

- *Hastaneler 24 saat hizmet verir:* Hastane personeli vardiya ve nöbet usulü çalışarak mesailerini tamamlarlar.

- *Hastane personelinin büyük bir kısmı kadın çalışanlardan oluşur:* Kadın çalışanların hamilelik, doğum gibi özel izinlerinden dolayı personel devir hızı yüksek çıkacaktır. Bu durum insan kaynakları planlamalarına yansır.

- *Hastanelerin her bölümü aktif çalışmak zorundadır, zarar eden bir bölümün kapatılması söz konusu olamaz:* Örneğin yanık ünitesine yıl boyunca az sayıda hasta yatışı olması, kapatılma ihtimalini düşündürmez. Her bölüm her an kaliteli sağlık hizmeti sunmaktan sorumludur.

- *Hastanelerde işlevsel bağımlılık oldukça yüksektir:* Sağlık personelinin görevini yapabilmesi farklı meslek gruplarından elde edeceği bilgiye ve koordinasyona bağlıdır. Kaliteli sağlık hizmeti sunumu etkin ekip çalışmasını gerektirir.

1.1.3. Yataklı Tedavi Kurumlarının Sınıflandırılması

Hastaneleri farklı kriterler doğrultusunda sınıflandırmak mümkündür. Bu sınıflandırma genel olarak aşağıdaki ölçütlere göre yapılmaktadır.

1.1.3.1. Mülkiyet Esasına Göre Hastaneler

Mülkiyet esasına göre hastaneler, hastanelerin mülkiyetinin kamu ya da özel sektör olması bakımından bir ayrıma tabi tutulur. Mülkiyet esasına göre hastaneler şu şekilde sınıflandırılır (Tengilimoğlu vd., 2009: 138):

Devlete Doğrudan Bağlı Olan Hastaneler: Sağlık Bakanlığına bağlı hastaneler devlete doğrudan bağlıdır. Ülkemizde sağlık hizmetlerinin sunumu büyük oranda bu hastaneler tarafından karşılanır.

Devlete Dolaylı Bağlı Hastaneler: Bu grupta dernek ve vakıflara bağlı hastaneler ile Belediye Hastaneleri, Üniversite Hastaneleri gibi hastaneler yer alır. Üniversite Hastaneleri Sağlık Bakanlığı Hastanelerinden sonra yatak kapasitesi en fazla olan, eğitim-öğretim hizmetinin yoğun olarak sürdürüldüğü üçüncü basamak sağlık kuruluşları arasında yer alır.

Özel Hastaneler: Özel hukuk tüzel kişileri ile gerçek kişilerin kurdukları hastaneleri bu kategoride ele alabiliriz.

1.1.3.2. Büyüklüklerine Göre Hastaneler

Hastanelerin büyüklüklerine göre sınıflandırılmasında temel faktör yatak kapasitesidir. Büyüklüklerine göre hastaneler; 50, 100, 200, 400, 800 ve üstü yatak kapasitesine sahip hastaneler olarak sınıflandırılmaktadır (Seçim, 2000:4). Hastanelerin yatak kapasitesi oranıyla yönetim ve organizasyon yapısı aynı doğrultuda büyüyerek şekillenecek ve farklılaşacaktır. Özel Hastaneler Yönetmeliği'nde 22.03.2017 tarihinde (Madde: 5) özel hastanelerin 100 yatağın altında açılmayacağı konusunda düzenleme yapılmıştır. Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliğine (Madde: 5) göre, kamu hastaneleri yatak sayısı ise en az 50 olarak belirlenmiştir.

1.1.3.3. İşlevlerine Göre Hastaneler

Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliğine (Madde: 5) göre; işlevlerine göre hastaneleri 5 alt grupta ele alabiliriz. Bunlar:

- İlçe / belde hastanesi: Bünyesinde 112 hizmetleri, acil, doğum, ayaktan ve yatarak tıbbi müdahale, muayene ve tedavi hizmetleri ile koruyucu sağlık hizmetlerini bütünleştiren, görev yapan tabiplerin hasta kabulü ile tedavilerini yapıp, ileri tetkik ve tedavi gerektiren durumlarda hastaların stabilize edilerek uygun bir şekilde sevkini sağlandığı sağlık kurumlarıdır.

- Gün hastanesi: Birden fazla branşta, gününbirlik ayakta muayene, teşhis, tedavi ve tıbbi bakım hizmetleri verilen asgari 5 gözlem yatağı ile 24 saat sağlık hizmeti sunan bir hastane bünyesinde veya bir hastane ile koordineli olmak kaydıyla kurulan sağlık kurumlarıdır.

- Genel hastaneler: Her türlü acil vak'a ile yaş ve cinsiyet farkı gözetmeksizin, bünyesinde mevcut uzmanlık dallarıyla ilgili hastaların kabul edildiği, ayakta ve yatarak hasta muayene ve tedavilerinin yapıldığı en az 50 yataklı sağlık kurumlarıdır.

- Özel dal hastaneleri: Belirli bir yaş ve cins grubu hastalar veya belirli bir hastalığa tutulananların, yahut bir organ veya organ grubu hastalarının müşahede, muayene, teşhis, tedavi ve rehabilitasyonlarının yapıldığı sağlık kurumlarıdır.

- Eğitim ve araştırma hastaneleri: Hastalara sunulan tanı, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin yanı sıra öğretim, eğitim ve araştırma yapılan uzman ve yan dal uzmanların yetiştirildiği genel ve özel dal sağlık kurumlarıdır.

1.1.3.4. Hastaların Kalış Süresine Göre Hastaneler

Hastanelerde yapılan istatistikler sonucu elde edilen sayılara göre hastaneler kısa süreli kalınan hastaneler ve uzun süreli kalınan hastaneler olarak iki başlıkta toplanabilir. Hastaların yarısından fazlası 30 günden az kalıyorsa kısa süreli kalınan hastaneler sınıfında (akut hastalıkların tedavisinde) yer alır. Hastaların %50'sinden fazlası 30 gün ve üzerinde kalıyorsa uzun süreli kalınan hastaneler sınıfında (kronik hastalıkların tedavisinde) yer alır (Gümüş, 2017: 723).

1.1.3.5. Akreditasyon Durumuna Göre Hastaneler

Türkiye’de henüz tam olarak geçerli bir sınıflandırma olarak kabul edilmese de Amerika Birleşik Devletleri’nde Sağlık Kurumları Akreditasyon Komisyonu’nun (Joint Comission on Accreditation of Health Care Organizations- JCAHO) ortaya koyduğu belirli standartlara uygun olan hastanelere akredite edilen hastaneler denilmektedir. Bu şekilde hastaneler akredite edilen ve akredite edilmeyen hastaneler şeklinde sınıflandırılmaktadır (Kavuncubaşı, 2000: 79).

1.1.3.6. Dikey Entegrasyona Göre Hastaneler

Dikey entegrasyona göre hastaneler, birinci basamak (primary), ikinci (secondary) ve üçüncü basamak (tertiary) olmak üzere üç kategoride ele alınır. Bu sınıflandırmanın temel kriteri hastanenin vermiş olduğu sağlık hizmetinin kapsamıdır. Birinci basamak hastaneler daha çok poliklinik temelli hizmet sunmaktadır. İkinci basamak hastaneler genel bölümleriyle beraber kısa süreli tedavi gerektiren hastalara sağlık hizmeti sunarlar. Üçüncü basamak hastaneler ise ileri derecede teknolojik yeterliliğe sahip olan ve birinci ve ikinci basamak hastanelerde tedavi edilemeyen hastaların tedavileri ile ilgilenen hastanelerdir (Tengilimoğlu vd., 2009: 141).

1.2. SAĞLIK KURUMLARINA TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ ODAKLI BAKIŞ

Bu başlık altında, sağlık kurumlarında toplam kalite yönetimi tarihsel gelişimi, ilkeleri, öncüleri ile kalite ödülleri ve kalite standartları açısından ele alınacaktır.

1.2.1. Sağlık Kurumlarında Kalite

Kalite konusunda literatürde farklı tanımların yapılmış olmasına rağmen, yapılan tanımların genel olarak belirli bir çerçeve çizdiğini söyleyebiliriz. Bu tanımlardan bazıları şu şekildedir:

“Kalite; bir mal ya da hizmetin belirli bir gerekliliği karşılayabilme yeteneklerini ortaya koyan karakteristiklerinin tümüdür” (Amerikan Kalite Kontrol Derneği, ASQC). Kısa bir ifadeyle “kalite; bir malın ya da hizmetin tüketicinin isteklerine uygunluk derecesidir” (Avrupa Kalite Kontrol Organizasyonu, EOQC). “Kalite; mal ya da hizmeti

ekonomik bir yoldan üreten ve tüketici isteklerine yanıt veren bir üretim sistemidir” (Japon Sanayi Standartları, JIS). Benzer bir tanıma göre “kalite, bir mal veya hizmetin belirlenen ya da olabilecek ihtiyaçları karşılama kabiliyetine dayanan özelliklerin toplamıdır” (ISO 8402- TSE 9005). Kalite öncülerinin tanımlarına göre; “kalite, kullanılmakta olan bir malın veya hizmetin müşterinin beklentilerine yanıt verebilmesini sağlayan pazarlanabilir, üretim ve bakım karakteristiklerinin toplamıdır” (A. Feigenbaum). “Kalite; en ekonomik ve en kullanışlı biçimde tüketiciyi sürekli tatmin eden kaliteli ürünü geliştirmek, tasarımı yapmak, üretmek, kalite kontrolü uygulamak ve satış sonrası hizmetleri vermektir” (Dr. Kaoru Ishikawa). “Kalite; bir ürünün gerekliliklere uygunluk derecesidir” (P. Crosby) ve dolayısıyla “kalite, eksiklerden kaçınmaktır” (Taguchi, Ross). Yukarıdaki tanımlardan anlaşılacağı üzere üretim sonrasını da kapsayan “kalite; ürünün sevkiyattan sonra toplumda neden olduğu minimal zarardır” (G. Taguchi). “Kalite; amaca ve kullanıma uygunluktur” (J. M. Juran). Kalite bir gerekliliktir ve “kalite müşterinin şimdiki ve gelecekteki ihtiyaçlarını karşılamayı hedeflemelidir” (Deming). Kalitenin tanımlanmasında beş temel yaklaşım mevcuttur (Garvin, 1988: 40): Bu yaklaşımlardan ilki kalitenin tanımlanamayacağı, ancak hissedilebileceği şeklindedir. İkinci yaklaşımda, kalite ürüne dayalı tanımlanmaktadır. Üçüncü yaklaşımda kalitenin kullanıcı açısından değerlendirilmesini içeren, literatürde “kullanıma uygunluk” olarak ifade edilen ve bu çerçevede oluşturulan tanımlar yer almaktadır. Kalite tanımlarından dördüncü yaklaşımda ise imalat bakış açısı ile yapılan, literatürde “ürün gereklerine uygunluk” şeklinde ifade edilen tanımlar yer almaktadır. Kaliteye ilişkin son tanım “değere dayanan kalite” bakış açısıyla, önemli olan sadece mal ve hizmetin özellikleri değildir, aynı zamanda üründen beklenen performans ve uygunluk derecesinin makul bir fiyat ile sunulmasıdır (Efil, 2010: 9). Garvin kalitenin çok boyutlu bir unsur olarak tanımlanması gerektiği; ürün, imalat ve kullanıcıya dayanan kalite tanımlarının harmanlanması sonucu ortaya çıkan kalite anlayışı ile işletme faaliyetlerinin yürütülmesi gerektiğini öne sürmüştür (Garvin, 1988: 48).

Sağlık hizmetlerinde kalite konusunda literatürde farklı tanımlar yapılmış olmasına karşın ön plana çıkan üç tanım şu şekildedir: Donabedian’a (1980: 5) göre sağlıkta kalite, “hizmet sürecinin bütün kısımlarındaki beklenen kazançlar ve kayıplar dengesi hesaba katıldıktan sonra, hastanın iyilik halinin kapsamlı bir ölçüsünü en üst

düzeye çıkarması beklenen hizmet” olarak tanımlanmaktadır. Amerikan Tabipler Birliği’nin (American Medical Association) 1984 yılında yapmış olduğu yüksek kaliteli sağlık hizmeti tanımı; “yaşam kalitesini ve/veya süresini iyileştirmeye veya sürdürmeye sürekli olarak katkıda bulunan hizmet” şeklindedir. 1990 yılında ABD Tıp Enstitüsü’nün (Institute of Medicine) yapmış olduğu tanıma göre sağlık hizmetlerinde kalite; “bireylere ve topluma sunulan sağlık hizmetlerinin, arzulanan sağlık sonuçlarına ulaşma olasılığını artırma ve şimdiki profesyonel bilgiyle tutarlı olma derecesi”dir (Kaya, 2012: 11).

Toplam Kalite Yönetimi (TKY) ise, müşteri tarafından algılanan kaliteye öncelik veren, organizasyonun ürünlerinin yanı sıra yönetiminin de kalitesini arttırmayı hedefleyen bir yönetim tarzıdır (Akal, 1995: 83). Toplam Kalite Yönetimi, günümüz rekabet ortamında sadece ürünün kalitesinin sağlanması ile sınırlı kalmayan modern bir yönetim yaklaşımıdır. TKY ile gelişen ve değişen iş yaşantısının ihtiyaçları doğrultusunda ortaya konan kalite kavramının geliştirilmesiyle, standartlara uyumun ötesinde mal ya da hizmet üretiminin elde edilmesi, iç müşteri memnuniyetinin sağlanması ile ürün veya hizmet sunulan dış müşteri memnuniyetinin sağlanması amaç edinilmiştir. Toplam Kalite Yönetimi, müşteri memnuniyetini esas alan, organizasyonda tüm çalışanların öncelikle benimseyip, sonrasında davranış ve uygulamalarına yansıttıkları, süreçlerin her seferinde yeniden değerlendirilerek; yapılan işin ilk seferde doğru yapılmasını (sıfır hata) sağlamaya yönelik, sürekli gelişmeyi hedefleyen bir yönetim uygulamasıdır. Toplam Kalite Yönetimi’nin temel amacı rekabet yarışında başarılı olmaktır. Dolayısıyla günümüz iş dünyası için önemli ve gerekli olan modern bir yönetim yaklaşımıdır. Feigenbaum’a göre TKY, “en ekonomik düzeyde tam bir müşteri tatmini sağlayacak mal veya hizmet üretebilmek için bir örgütteki çeşitli grupların kalite geliştirme, kaliteyi koruma ve kalite iyileştirme çabalarının bütünleştirilmesi için etkili bir sistem”dir (Halis, 2010: 75). TKY’nin, sistem yaklaşımıyla ele alındığında başarısı, organizasyondaki herkes tarafından kabul görmesi, benimsenmesi, uygulanması ve tüm faaliyetlerinin birbiri ile koordinasyonu ile mümkün olur. Toplam Kalite Yönetimi, ürünlerle ilgili işlevlerde tüm kaynakları (teknik, ticari, finansal, beşerî, teknolojik vb.) en verimli şekilde kullanarak koordinasyonu en etkili şekilde sağlamayı amaçlamaktadır (Sevim, 1997: 212).

1.2.2. Sağlık Kurumlarında Toplam Kalite Yönetiminin Tarihsel Gelişimi

Kalite konusu üretimin başlamasıyla beraber, ilkel yol ve yöntemlerle yapılan kontrol ve ölçümlerle ortaya çıkmıştır. Kalite ile ilgili ilk kayıtlara M.Ö. 2150 yılında “Hammurabi Kanunlarının” 229. maddesinde rastlanmıştır. Bu kanunlarda; “Eğer bir inşaat ustası bir adama ev yapar ve yapılan ev yeterince sağlam olmayıp ev sahibinin üstüne çökerek ölümüne sebep olursa, o inşaat ustasının başı uçurulur” ifadesi yer almaktadır. Kalite ile ilgili çalışmalar en ilkel haliyle milattan önceki yıllarda başlamıştır (Şimşek, 2004: 15).

Orta Çağ Avrupası’nda yetişen zanaatkarlar, imal ettikleri ürünlerin kalitesinden kendileri sorumluydu. Türklere özgü olan, temeli 13. yüzyıla dayandırılan, esnaf ve sanatkârlar birliği olan Ahilik teşkilatında mal ve hizmet üreten ve sunan esnaf ve işletmelerin aynı çarşıda ya da yakın yerde faaliyet göstermeleri birbirlerini kontrol edebilmeleri açısından önemliydi. Ayrıca, esnaf arasındaki rekabetin temelinde kaliteli mal üretmek yatıyordu. Ahi liderleri belirli zamanlarda çarşılara giderek ürünlerin kalitesini değerlendirir, ürünlerdeki kalite değişikliklerini izlerdi. Bu sayede tüketici haklarının ihlal edilip, edilmediği yerinde denetlenirdi. XV. yüzyıldan itibaren ahilik teşkilatı yerini “Lonca” adı verilen kuruluşlara bırakmışlardır. Loncalar bir meslek örgütlenmesi olarak, üretim ve iş gücünün düzenlenmesi yanında kalitenin korunması konusunda önemli görevler yapmışlardır (Erdem, 1998: 436). Osmanlı’daki esnaflara ilişkin ilk bilgilerin bulunduğu II. Beyazıt tarafından çıkarılan “Kanunname-i İhtisab-ı Bursa’da” satılan malların bir takım kalite özelliklerini taşıması gerektiği belirtilmektedir (Gözlü, 1994: 54). Endüstri devrimi öncesinde, atölye adı verilen küçük üretim tesislerinde usta ve yanında çalıştırdığı bir veya birkaç çırak-kalfanın üretim ve kişisel üretim kalitesinden sorumlu olduğu bir kalite yönetimi anlayışı görülmektedir. Endüstri devrimine sonrasında, üretimin artması ve fabrikalaşmanın ortaya çıkması, atölyelerin yok olmasına neden olmuştur. Bu dönemde vasıfsız işçiler yerine vasıflı işçiler tercih edilmeye başlanmıştır. Endüstri devrimi sonrasında Frederick Taylor, işlerin parçalara bölünerek basitleştirilmesi ve çalışanların uzmanlaşması gerektiği, bitmiş ürünlerin incelenmesi için kontrol elemanı görevlendirilmesi bu şekilde ürünlerin muayene edilmesi gibi fikirleriyle kalite olgusuna bilimsel katkılarda bulunmuştur.

Sağlık hizmetlerinde kalitenin tarihçesini M.Ö 5. yüzyıla ait Hipokrat’ın yazılı mesleki davranış kuralları ile M.Ö. 2000’de Mısır papirüslerinden elde edilen tıbbi

uygulama standartlarını ortaya koyan yazılı belgeler göstermektedir. Bu belgelerin yanı sıra M.Ö. 1100’de Chou hanedanının doktorların mesleklerine başlamadan önce bir sınava tabi tutulmalarını istemesi ve doktorlara ödenen ücretlerin hasta sonuçlarına göre belirlemesini uygun görmesi kalite uygulamalarına örnek gösterilebilir. Benzer bir başka kalite uygulaması M.S.1000’de İran’da tıbbi uygulama yapan kişilerin bilgisinin sınav yapılarak ölçülmesinin istenmesidir. Sağlık hizmetlerinde kalite yönetiminin temel felsefesi uzun yıllar, Endüstri Devrimi öncesi zanaat modeline dayanmıştır. Bu çerçevede zanaatkâr olan doktor, hemşire ve teknisyen gibi meslek çalışanlarının eğitimi ve belgelendirilmesi yapılmakta, gerekli olan malzeme ve tesis sağlanarak sağlık hizmetinin sunumu gerçekleştirilmekteydi. 1913 yılında tıp eğitiminin kalitesini arttırmak için American College of Surgeons (ACS) kurulmuştur. Bu kuruluş birkaç yıl içinde sağlık kurumlarının kalitesinin sağlanması amacıyla hastane standardizasyon programını oluşturmuştur. Shewhart’ın 1920’lerdeki çalışmaları ile, sağlık hizmetleri için belirlenen standartlar hizmetin her alanına yayılarak daha sıkı hale gelmiştir. Deming ve Juran’ın çalışmaları sırasında, ACS hastane standardizasyonu programı Amerika Birleşik Devletleri’nin en eski ve en büyük akreditasyon kuruluşu olan Birleşik Komisyon’a (Joint Commission) dönüşmüştür (Kaya, 2012: 20). Toplam kalite yönetiminin tarihsel gelişim süreci genel olarak dört aşamada ele alınmaktadır. Söz konusu bu aşamalar mal ve hizmet kalitesini kapsamaktadır. Bu bağlamda kalitenin tarihsel süreci ve gelişim aşamaları şu şekildedir:

- **Muayene Aşaması:** Endüstri devrimiyle beraber üretimdeki değişiklik nedeniyle tarım işçiliğinden fabrika işçiliğine geçilmesi üretimde vasıfsız olan işçinin verimsiz çalışmasına neden olmuştur. Bu soruna çözüm arayan kişilerden biri olarak Frederick Winslow Taylor bilimsel çalışmalarıyla kalite olgusuna katkıda bulunmuştur (Özevren, 1997: 7). Taylor’a göre kalite kontrol edilmeliydi. Taylor’un yaklaşımına göre kalite üretilemezdi fakat gözetim yapılarak kontrol edilebilirdi. Bu kontrol, kalite kontrol birimleri tarafından bitmiş ürünlerin incelenmesi, hatalı olanların ayrılması ile sağlanabilirdi. Bu yaklaşımla atölye düzeyinde yapılan kalite kontrol sayesinde verimlilik artmıştır (Ayan, 2001: 52). I. Dünya Savaşı’nın koşulları imalat sistemini daha karmaşık, daha yoğun üretime sevk etmiş, kalite kontrol işinin bu alanda uzmanlaşmış kişiler tarafından yerine getirilmesini zorunlu kılmıştır. Bu aşama “muayene” aşaması olarak adlandırılmaktadır (Bedük, 2011: 4). Bu sayede sanayide ilk

defa görevi yapılmış olan işleri kontrol ederek hataları tespit etmek olan “muayenecilik” mesleği ortaya çıkmıştır. Muayene aşamasının temel amacı tüketiciye hatalı ürünlerin gitmemesini sağlamaktır. Bu yaklaşım tüketiciyi korumakla birlikte üretici açısından sorunlara yol açmıştır. Çünkü muayene sonucunda hatalı bulunan ürünler, üretici için zarar oluşturmuştur. Bu sebeple üreticileri de koruyan bir sistemin gerekliliği düşüncesiyle, kalite kontrol aşamasına geçilmiştir (Efil, 2010: 21).

- **İstatistik Kalite Kontrol:** Yığın şeklinde üretim yapan işletmelerde ortaya konulan mamullerin % 100 denetimi zor, zaman alıcı ve pahalı olduğundan dolayısıyla zarara neden olduğundan istatistiksel yöntemlerle üretilen mamuller arasından seçilen bazı örneklerin muayene ve kontrolü yapılmaya başlanmıştır. Bu sayede elde edilen sonuçlar yığının tamamı hakkında bilgi sahibi olunmasını sağlamıştır (Ertürk, 1996: 189). Bu konudaki ilk düzenli çalışmalar matematikçi olan Dr. Walter A. Shewhart’ın çalışmalarıyla başlamıştır. Shewhart 1924 yılında Bell Laboratuvarlarında süreç kontrolü ve istatistiksel kontrol alanlarında yaptığı çalışmalarla kalitenin ekonomik olarak kontrolü için yapılacakları gündeme getirmiştir (Ayan, 2001: 31). Bu gelişmelerin ışığında kalitenin kontrolü işi, üretim bölümünün sorumluluğundan ayrılarak, bağımsız bir birim halinde yerini almıştır. II. Dünya Savaşı koşullarının, büyük miktarlarda ve düzenli malzeme gereksinimi ihtiyacı doğurması “istatistiksel kalite kontrolü” aşamasına geçilmesinde etkili olmuştur. Bu aşama muayene aşamasının daha etkin biçimde gelişerek ortaya çıkmasıdır. Muayeneciler, örnekleme planları ve kontrol diyagramları gibi bir takım araç ve tekniklerle donatılmışlardır. Benzer işlerin bir arada toplanarak düzenlenmesi ile, bu işlerde çalışan işçileri denetleyen “formen” kalite kontrolden sorumlu kişi olmuştur (Gözlü, 1994: 54).

- **Kalite Güvencesi:** II. Dünya Savaşı’nın sürdüğü yıllarda ordunun artan tüketim ihtiyacı karşısında, kalite kontrolünden geçirilen ürünlerin gerekli tüketim ihtiyacını karşılayamayacağı ortaya çıkmıştır. Bu nedenle; üretimden gelen tüm mamullerin kabul kriterleri içinde olması gerektiğinin önemi anlaşılmıştır. Bunun sağlanabilmesinin üretimde kalite kavramının geliştirilmesi ile mümkün olacağı tespit edilmiştir. Sonuç olarak tüm ürünlerde kalite şartlarının karşılanması ile ilgili yapılması gerekenler kalite güvencesi olarak ifade edilmiştir. Özellikle askeri alanda yüksek üretim performansı gerekliliği birtakım standartların belirlenmesini zorunlu kılmıştır. Bu maksatla NATO (Kuzey Atlantik Paktı Örgütü) üyeleri bir araya gelerek Kalite Güvencesi Sistemini

oluşturmuşlardır. Başlangıçta askeri alanda oluşturulan ve yayılan kalite güvencesi kavramı, rekabet unsuru olması nedeniyle üretim sektöründeki diğer kuruluşlar tarafından da benimsenmiştir (Türk Standartları Enstitüsü, 1997).

- **Toplam Kalite Kontrolü:** II. Dünya Savaşı'ndan sonraki yıllarda teknolojinin gelişmesi üretim sürecini etkilemiş, farklılaşan iş ve çalışma şartları muayeneciler ve karar alanlar arasında koordinasyon ve geri bildirim mekanizmasının oluşmasını zorunlu kılmıştır. Bunun sonucunda "Toplam Kalite Kontrolü" aşamasına geçilmiştir. Böylece kalitenin kontrolü sürecine, tasarım aşamasından başlanarak ara girdiler, proses içi ve son çıktı aşamaları dahil edilmiş ve bu aşamaların takibi ile süreç geliştirilmeye çalışılmıştır. "Toplam Kalite Kontrolü" terimi ilk defa Feigenbaum tarafından 1950'li yıllarda kullanılmıştır. Ishikawa tarafından, Toplam Kalite Kontrolü anlayışı daha da geliştirilerek Japon kalite hareketi ile bütünleştirilmiş ve "Firma Çapında Kalite Yönetimi" yani "Toplam Kalite Yönetimi" yaklaşımı ortaya konmuştur (Bedük, 2011: 5). Feigenbaum toplam kalite kontrolünü; "müşterilerin istek ve ihtiyaçlarını en ekonomik biçimde yerine getirmek üzere işletme içindeki çeşitli bölümlerin kalitenin oluşturulması, sürdürülmesi ve geliştirilmesi için bir araya gelmesi" olarak tanımlamaktadır (Feigenbaum, 1991: 6). Toplam kalite kontrolü ile organizasyonlarda işçiden yöneticiye bütün çalışanlar arasında iletişim ve iş birliği artar, ortak kalite hedefleri ile birlikte amaç birliği sağlanır. Bu durum çalışanların motivasyonunu ve verimi pozitif yönde etkiler. Toplam Kalite kontrolünde yer alan temel ilkeler şunlardır:

Kalite Bilinci: Organizasyonların birinci amacı kalite olursa, uzun vadede müşterilerin güvenini kazanacak, pazar payını arttıracak ve dolayısıyla karını yükseltecektir.

Tüketiciye Yönelik Kalite Kontrolü: Müşterilerin isteklerine kulak verip, onların isteklerine uygun ürünler üretmektir.

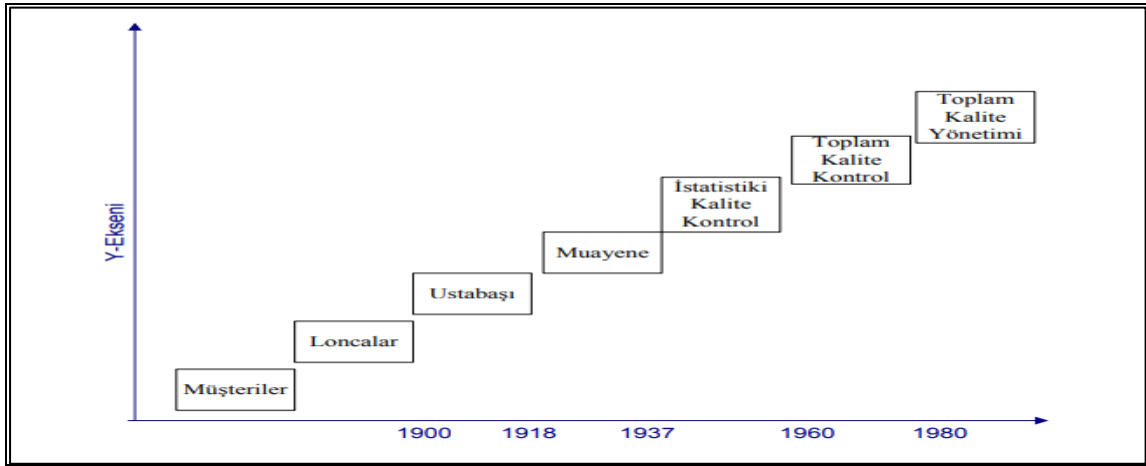
İstatistiksel Yöntemlerin Kullanılması: İstatistiksel kalite kontrolü yöntemleri uygulanarak üretim süreci izlenmelidir.

Yönetim Felsefesi Olarak Çalışana Saygı: Çalışanların tümü kendilerini organizasyonun bir parçası olarak görmeli ve kalite kontrolüne inanmalıdırlar. Yönetim adil ve saygılı bir tutumu benimsemelidir (Doğan ve Tütüncü, 2003: 34).

Toplam Kalite modelinin başarısı ve kalıcılığı ancak tüm ilkeleri ile benimsenmesi ve uygulanması ile sağlanacaktır. Bu ilkeler organizasyonu ve yönetim

anlayışını kapsayarak, “insana” en ön sırada değer vermeyi gerektirmektedir. Yapılan her işte bilimselliği şart koşar. Toplam kalite modelinin temelinde “hataları ayıklamak” yerine “hata yapmamak” yaklaşımı yatar. Toplam kalite modelinin bir diğer özelliği de önemli amaç ve yöntemlerin paylaşıldığı grup çalışmalarının yaygınlığıdır (Keser, 1999: 30).

Kalitenin ortaya çıkmasından toplam kalite yönetimine kadar uzanan süreçte, kalitenin gelişiminde yer alan temel öğeler tarihsel olarak Şekil 1. 1’de gösterilmektedir.



Şekil 1. 1. Kalitenin Tarihsel Gelişimi

Kaynak: Şimşek, 2001: 17.

Kalite kavramının ilk ortaya çıktığı yer Amerika Birleşik Devletleri olmakla birlikte, ilk uygulayan ülke Japonya olmuştur. Japonlar kalite kavramı ile 1945’li yılların sonlarında karşılaşmışlar, 1970’li yıllarda ise kalite kavramını benimseyerek etkin bir biçimde kullanmışlardır. Japonlar ucuz ve düşük kaliteli ürünler yerine yüksek kalitede ürünler üretmeye başlamışlardır. Japonların kalite kavramı ile tanışmaları ve ürünlerinin kalitesindeki hızlı değişim W. Edwards Deming, Masaki Imai ve Kaoru Ishikawa gibi kalite tutkunlarının çalışmaları ile güç kazanmış ve rakip ülkelerin dikkatini çekmiştir (Yücel, 2007: 5).

1980’li yıllar “Kalite Üstünlüğü ve Rekabet” dönemini başlatmıştır. İngiltere’de 1980 yılının ilk yarısında kalite sistemlerinin belgelendirilmesi yaygın kullanılır hale gelmiştir. Artan uluslararası ilişkilerle birlikte 1987’de ISO tarafından ISO 9000 serisi Kalite Güvence Standartları yayınlanmıştır (Efil, 2010: 23). İzleyen yıllarda uzman ekiplerin sorumluluğunda farklı kalite güvence sistemleri geliştirilmiştir.

Günümüz rekabet ortamında, yönetim tarzı olarak kabul edilen Toplam Kalite Yönetimi uygulamaları başarının anahtarı olarak kabul edilmektedir. Bu uygulamalar tüm sektörlerde olduğu gibi sağlık sektöründe de kurumların başarısına etki ederek tercih edilme oranlarına katkıda bulunmaktadır.

1.2.3. Sağlık Kurumları Odaklı Toplam Kalite Yönetimi İlkeleri

Toplam Kalite Yönetiminin ilkelerinin birçoğu ilk kalite uzmanları Deming, Juran ve Feigenbaum tarafından ortaya atılmıştır. Bu ilkelere daha sonrasında yenileri eklenmiştir. Temelde aynı düşüncelere sahip ilkeleri şu şekilde sıralayabiliriz:

- Hasta Odaklılık
- Hataları Önleyici Yaklaşım
- Tam Katılım ve Takım Çalışması
- Sağlık Hizmetini Sürekli Geliştirme
- Üst Yönetimin Liderliği
- Sağlık ve İdari Personelin Eğitimi
- Tanı ve Tedavide Sıfır Hatayı Hedeflemek

1.2.3.1. Hasta Odaklılık

TKY, müşteriye iç müşteri ve dış müşteri olarak ikiye ayırır. İç müşteri, organizasyonda mal ya da hizmetin üretiminden ve sunulmasından sorumlu çalışanlardır. Dış müşteri ise, mal veya hizmet sunulan kişi veya kuruluşlardır. Dış müşteri memnuniyetine giden yol öncelikle çalışanı mutlu etmekten geçer. Çalışan memnuniyeti denilince akla gelen genellikle maddi unsur (ücret, iş yeri olanakları vb.) olmaktadır. Sağlık kurumlarında görevini özveri ile yapan sağlık çalışanlarının hizmetlerinin karşılığı maddi unsurlarla karşılanamayacak kadar kıymetlidir. Bununla birlikte en az maddi unsurlar kadar önem taşıyan güven duyulma, takdir edilme, saygı duyulma, eşit davranılma, yönetime katılma, şeffaflık gibi pek çok manevi unsur da çalışanların memnuniyeti açısından önemlidir (Çelik, 1993: 130).

Rekabet baskısı, işletmeleri “yaptığını satan” olmaktan çıkarıp, “satılabileni yapana” dönüştürmüştür. Satılabilenin ne olduğunu bilmek, müşterinin görünür isteklerinin yanında saklı isteklerini de saptayabilmek için müşteriyle yakın ilişki içinde

olmak ve “kaliteyi müşteri belirler” anlayışını benimsemek gerekir. Bu kapsamda sağlık sektöründe hasta isteklerinin tatminini temel kurum felsefesi olarak kabul eden, kültürlerine bunu yansıtan organizasyonlar başarılı olurlar. TKY’nin en önemli bu ögesi, uygulanması en zor olan ancak uzun vadede organizasyona en çok katkı sağlayacak olanıdır. Çünkü günümüzde kabul gören gerçek rekabetin ana hedefi müşteridir. Müşteriyi ele geçiren, isteklerini bilerek tatmin eden ve elinde tutmayı başaran organizasyonlar rekabeti kazanır (Toplam Kalite Yönetimi Araştırma Komitesi, 1994: 11). Bir işletmenin diğerlerine göre rekabet avantajı elde edebilmesi ve devam ettirmesi mevcut müşterilerini elde tutabilmesine ve onları kendi ürünlerine sadık müşteriler haline getirebilmesine bağlıdır (Dekimpe vd., 1997: 407). Günümüzde hizmet sunan organizasyonlar, sundukları hizmetin kapsamının tercih edilmesi çerçevesinde stratejik olarak konumlanmakta ve rakiplerinin önüne geçebilmektedirler. Sağlık kuruluşları açısından hastaların tercihlerini onların tıbbi ihtiyaçlarının karşılanmasının yanında duygusal, kültürel, estetik vb. istek ve beklentilerinin de karşılanması belirler olmuştur. Başarılı sağlık kuruluşunun başarısı tatmin olmuş hastaların katılımı ve tedavisi ile mümkün olur (Taşlıyan ve Gök, 2012: 76). Sağlık hizmetinin en fazla sunulduğu kamu kurumlarında müşteri memnuniyetinin sağlanabilmesi için çalışanların mükemmel hizmet sunmak konusunda desteklenmesi gerekmektedir. Ayrıca altyapıların ve sistemlerin sunulan hizmeti desteklemeye hazır olması gerekir. Bununla birlikte kurumda toplam kalite yönteminin faydalarının keşfedilmesi, müşteri ilişkileri uygulamalarının geliştirilmesi ve de müşteri memnuniyetinin takibinin yapılmasına önem verilmelidir (Kotler ve Lee, 2007: 30).

TKY’nin en önemli işlevlerinden biri, dış müşterilerle hatta dağıtım zincirini oluşturan araçlarla diyalog kurarak talep ve beklentilerini, sorunlarını belirlemektir. İkinci önemli işlevi ise elde edilen bu bilgilerin organizasyon içinde etkin bir şekilde iç müşteriler tarafından paylaşılmasıdır. Bu sayede dış müşterilerin beklentileri ile buna uygun organizasyon içi davranışların birbiri ile koordinasyonu sağlanmış olur (Eren, 2016: 117).

1.2.3.2. Hataları Önleyici Yaklaşım

TKY felsefesinde, hataları ayıklamak yerine hata yapmamak vardır. Önleyici yaklaşımın temelinde planlamanın doğru yapılması yer alır. Kapsamlı ve titizlikle

ayrıntıları üzerinde durulan bir planlama ile sonradan ortaya çıkabilecek hataların çok büyük bir bölümü ortadan kaldırılabilir. Tüm hata kaynaklarını öngörmek mümkün olmasa da olası sürprizlere önceden hazırlıklı olmak tamamen hazırlıksız durumda olmaktan çok daha avantajlıdır (Bolat, 2000: 30). Hastanelerde yapılan hataların tespiti ve tekrar yapılmasının önlenmesi iş süreçlerinin sürekli kontrolünü gerektirir. Bu kapsamda altı sigma yöntemi, süreç performansını geliştiren ve hataları önleyen istatistiksel bir kalite yaklaşımıdır. Sigma terimi, bir hizmetin performans karakteristiğindeki ortalama performansından sapmayı gösteren bir ölçüdür. Altı sigma stratejisinin temel amacı, bir hizmet performans karakteristiğinin tolerans veya spesifikasyon sınırları içindeki varyasyonu azaltmaktır (Antony, 2006: 235). Altı Sigma yaklaşımı, Hipokrat zamanından beri kullanılmaktadır. Hipokrat iyi tıbbi uygulamalarla ilgili bilgileri toplanmış ve sonrasında hastalarına teşhis koymuştur. Kapsamlı bir tanı tamamlandıktan sonra, tedavi önermiş ve uygulamıştır. Son olarak da tedavinin etkili olup olmadığını görmek için kontroller yapmıştır. Bu aşamalar: tanımlama, ölçme, analiz, iyileştirme ve kontrol şeklinde (DMAIC- Define, Measure, Analyze, Improvement, Control) altı sigma yönteminin problem çözme aşamalarıdır (De Koning vd., 2006: 6). Önleyici yaklaşım özellikle çalışma alanı “insan sağlığı” olan sağlık kuruluşları açısından üzerinde titizlikle durulması gereken çalışma ve uygulamaları gerektirir. Yapılan hataların ortaya çıkarabileceği zararlar üzerinde durularak tekrarlanmasının önlenmesi çalışmaları kalite maliyetlerini de azaltacaktır. Sağlık çalışanının hata yapmaması gerekir. Bu kapsamda ortaya çıkabilecek hataların önlenmesine yönelik alınacak tedbirler hayati öneme sahiptir.

1.2.3.3. Tam Katılım ve Takım Çalışması

TKY “Bir işi, en iyi o işi yapan bilir.” temel prensibini esas alarak, yapılan işle ilgili olarak süreçlerin iyileştirilmesi ve geliştirilmesinde bizzat işi yapan kişinin katılımını önemsemektedir. Katılımı ve iletişimi yaygın hale getirebilmek amacıyla öğrenme ve beceri geliştirmeye yönelik tüm faaliyetler desteklenmelidir (Bedük, 2011: 5). Toplam Kalite yönetimi ile istenilen kalite seviyesi, tüm şirket çalışanlarının ortak amaç, hedef ve stratejiler üzerinde birleşmesi ile sağlanabilir. Sağlık kurumunun amacına ulaşmasında çalışanların yönetim faaliyetleri de dahil, organizasyondaki tüm

Çalışmalarda inisiyatiflerini kullanabilmeleri ve yaratıcılıklarını ortaya koyabilmeleri önemlidir (Şimşek, 2006: 38).

Kalite çalışmalarına herkesin katılımını sağlayacak bir takım ruhunun oluşturulması, kaliteyi arttırmanın yanında kişilere yüksek bir moral sağlar, motivasyonlarını olumlu etkiler. Bu takım çeşitlerine serbest çalışma takımları, problem çözme grupları, kalite kontrol çemberleri gibi organizasyon için önemli takımlar örnek olarak verilebilir. Ekip çalışmasıyla daha esnek bir örgüt yaratılarak hem çalışanlarla hem de müşterilerle daha yakın bir ilişki kurulmak istenmektedir. Bu tür takımların kurulma amacı müşteri memnuniyetini arttırmaktır. Organizasyonların yakaladıkları fırsatları daha iyi kullanabilme derecesi, organizasyondaki yetenekli çalışanları biraya getirip takımları kurabilme, bunları yönetebilme derecesiyle doğru orantılıdır (Top, 2009: 122). Hastanelerde etkili bir takım çalışması sonucunda hizmetteki boşluklar giderilir, tekrarlar ortadan kalkar, hasta bakım kalitesi artar, hastaların hastanede kalma süreleri azalır ve bu sayede zamandan, işgücünden ve maliyetten tasarruf sağlanır (Saygılı ve Özer, 2020: 447).

1.2.3.4. Sağlık Hizmetini Sürekli Geliştirme

TKY'nin en önemli unsurlarından biri de sürekli geliştirmedir. Japonca'da "Kaizen" olarak bilinmektedir. Bu kelime "Kai" değişim, "Zen" iyi, daha iyi anlamına gelmektedir. "Kaizen" sözcüğü bir dinamizmi, her gün iyiye daha iyiye gitmeyi hedefleyen bir felsefe ve yaşam tarzıdır. Japonlara göre bireyin evinde, işinde, sosyal yaşamında bir önceki günden daha iyi olması için çaba sarf etmesi anlamına gelmektedir (Yalçın, 2006: 14). Organizasyonların başarısı, mükemmellik yolunda kendilerini sürekli değerlendirerek, varılan sonucun daha iyi olabileceği düşüncesiyle süreçlerdeki hatalarını saptamaları ve düzeltmeleri, bunun için çaba sarf etmeleri ile mümkündür. Günümüz rekabet ortamı organizasyonların değişime ayak uydurmalarını gerektirir. Hastanelerde değişime ve gelişime yönelik küçük iyileştirmeler, büyük iyileştirme ve gelişimin ön koşuludur. Ölçülemeyenin yönetilemeyeceği görüşüyle sürekli iyileştirmenin sağlanması kurumsal olarak işleyen etkili bir performans yönetim sürecinin varlığına bağlıdır. Bu bağlamda sağlık organizasyonları için oluşturulacak sürekli geliştirme faaliyetleri için öncelikle kurumsal performansı oluşturan performans alanları belirlenmeli ve bu alanlar belirli indikatörler yardımıyla analiz edilebilir hale

getirilmelidir (Sower vd., 2001: 47). Sağlıkta kalite yaklaşımı, sistemin içerisinde sürekli ilerlemeyi öngörmektedir. Bu ilerlemeyi gerçekleştirebilmek için sağlık yöneticilerinin bilmeleri gereken temel unsurları şu şekilde sıralayabiliriz (Özgen, 1993: 12):

- Sağlık yöneticileri, kalitenin önemini kavramalı, kalitenin sürekli gelişmesini ve iyileşmesini teşvik etmeli, bu konudaki faaliyetleri cesaretlendirmelidirler. Bununla birlikte, kalite yönetimini geliştirmek için etkin bir şekilde çalışan gruplar oluşturabilmelidirler.
- Sağlık yöneticileri analitik düşünce yapısına sahip olmalıdırlar. Kalite yönetimini sürekli iyileştirmeyi sağlamak için verilerin nasıl değerlendirileceğini iyi bilmelidirler. Bu kapsamda standartların nasıl oluşturulacağını, tahminlerin dışındaki kararların nasıl alınacağını, veri analizlerinin nasıl yapılacağını, standart kalite araçlarının (sebeup- sonuç diyagramı, kontrol diyagramı, akış diyagramı vb.) kullanımını bilmelidirler. Bu sayede değişimlerin nasıl gerçekleştirilebileceğini bilir ve gereksiz karmaşaların önüne geçebilirler.
- Sağlık yöneticilerinin, kalite araçlarının kullanımı ile ortaya çıkacak sonuçların uygun yönetsel eyleme nasıl dönüştürülmesi gerektiğini de bilmeleri gerekmektedir.

Sağlık organizasyonlarında yürütölen sürekli geliştirme faaliyetlerinin olumlu katkılarından öncelikle hastalar ve yakınları, sonra sağlık çalışanları ve yöneticiler, daha sonrasında sağlık kurumu ve nihayetinde tüm toplum faydalanacaktır.

1.2.3.5. Üst Yönetimin Liderliğı

Lider, organizasyonda çalışan kişileri belirli amaçlar doğrultusunda hareket etme, etkileme, yönlendirme güç ve yeteneğine sahip kişidir. Yönetici ise amaçlar doğrultusunda çalışanları yönlendirirken daha çok yetki gücünü kullanan kişidir. “Mükemmelliğı arayışta sonsuz bir yolculuk” olarak ifade edilen TKY’nin uygulanmasında çalışanların izleyeceği yolların takibinde liderlerin önemi büyüktür. TKY uzun soluklu bir çabayı gerektirir. Bu çaba gösterilirken çalışanların yollarını kaybetmemeleri, cesaret, istek ve heveslerini yitirmemeleri ancak, yönetimin sürekli ve etkin liderliğı ile mümkün olur. Müşterilerin beklentilerinin karşılanmasını organizasyonun temel hedefi olarak kabul eden liderler aynı zamanda organizasyonda çalışanlara stratejik bir bakış açısı kazandırırılar (Duran ve Ece, 2010: 26). TKY, üst

yönetim tarafından kabul görüp desteklenmediğinde başarılı elde edilmesi zordur. TKY'nin başarısı öncelikle üst yönetimin bu düşünceyi kabul edip benimsemesi, örgüt kültürüne dahil etmesi, bu konudaki çalışmalara katılması ve aynı zamanda çalışanlarını desteklemesi ile mümkün olur. Böylece çalışanların Toplam Kalite Yönetimi uygulamaları konusundaki motivasyonları sağlanmış olur. Organizasyonlarda istenen kalite kültürünün yaratılması, bu yönde çaba sarf edilmesi, kaynak oluşturulması ve devamlılığının sağlanması sadece üst yönetimin isteği ile gerçekleşebilir. Hizmet sektörü kapsamında karmaşık ve değişken bir yapıya sahip olan sağlık organizasyonlarında TKY çalışmalarının alt yapısı stratejik kararlarla oluşturulmalıdır. Bu nedenle sağlık organizasyonlarında kalite konusunda stratejik kararlar alıp, bu kararların uygulanmasını sağlayacak nitelikteki yöneticilere ihtiyaç vardır.

1.2.3.6. Sağlık ve İdari Personelin Eğitimi

TKY'nin kabul görmesi, benimsenmesi ve istenen başarıyı elde etmesi eğitimle mümkün olur. TKY'nde çalışanların eğitimi ile istenilen onları sadece bilgilendirmek ve geliştirmek değil, aynı zamanda motive etmek, etkili iletişimin sağlanması, katılımcılığın artmasıdır (Küçük, 2012: 52). Toplam Kalite Yönetiminde, sağlık kurumlarında görev yapan en alt kademe çalışandan en üst kademe yöneticilere kadar herkesin eğitiminin sürekliliği gereklidir. Özellikle üst düzey ve orta düzey çalışanlara toplam kalite yönetimindeki rolleri ve sorumlulukları ile ilgili iyi bir eğitim verilmesi gerekir. Eğitimlerle birlikte üst ve orta düzey yöneticilerde toplam kalite yönetiminin önemi ve gerekliliği konusunda oluşturulan altyapı, konu ile ilgili diğer çalışmalarda da kolaylıklar sağlayacaktır. Ayrıca sağlık kurumlarında kalite kapsamında yürütülen eğitimler, sağlık personelinin ve idari personelin konu hakkında farkındalığını arttırarak tutum ve davranışlarına olumlu katkı sağlayacaktır. TKY'ne göre gerekli olan eğitimler şunlardır:

- Toplam Kalite Yönetimi ile ilgili bilgiler: TKY'nin önemi, özellikleri, temel kavramları, ilke, yöntem ve tekniklerinin anlatıldığı bilgiler.
- Organizasyona ilişkin bilgiler: Organizasyonun misyon ve vizyonuna, organizasyon kültürüne ilişkin verilerin yer aldığı bilgiler.
- İletişim ile ilgili bilgiler: İletişimin önemi, örgütsel iletişim kavramı, etkili iletişim teknikleri, problem çözme teknikleri ile ilgili bilgiler.

- Kalite Güvence Sistemleri ile ilgili bilgiler: Kalite güvence sistemleri ile ilgili gerekli bilgiler.

Yönetim kademelerine yönelik uygulanacak eğitim aşağıda Tablo 1. 1’de gösterilmiştir.

Tablo 1. 1. Sağlık Kurumlarında Alınması Gereken Eğitim

Üst kademelerde yöneticilere yönelik eğitim	- TKY bünyesinde kullanılan çeşitli teknikler - Değişimin nedenleri ve gerekliliği - TKY’ne ilişkin bilgiler - Etkili bir kalite yönetiminin unsurları - ISO 9000 standartları
Orta kademe yöneticilere yönelik eğitim	- Değişimin nedenleri ve gerekliliği - TKY’ye ilişkin bilgiler - Etkili bir kalite yönetiminde orta kademe yöneticilerin rolü - ISO 9000 standartları - TKY bünyesinde kullanılan çeşitli teknikler - Eğitim formasyonu, iletişim teknikleri
İlk kademe yöneticilere yönelik eğitim	- Değişimin nedenleri ve gerekliliği - TKY’ye ilişkin bilgiler - Denetçinin değişimdeki rolü - ISO 9000 standartları - Kalite Çemberlerine ilişkin bilgiler - Problem Çözme teknikleri
Çalışanlara yönelik eğitim	- Değişimin nedenleri ve gerekliliği - TKY’ye ilişkin bilgiler - Müşterinin önemi - Müşteri Tedarikçi İlişkisi - ISO 9000 standartları - Kalite Çemberlerine ilişkin bilgiler - Problem Çözme teknikleri

Kaynak: Erturgut, 2012: 68.

Toplam kalite yönetiminin bel kemiğini kalite iyileştirme grupları oluşturmaktadır. Bu gruplarda etkinliğin sağlanabilmesi için grup üyelerin sorunlar karşısında çözüm üretme tekniklerini bilmeleri gerekmektedir. Ayrıca çalışanlar

kaliteye yönelik kendi tutum ve davranışlarını değiştirmedikleri sürece müşteri tatminini sağlayamazlar. Tutum ve davranışlar da eğitim verilmeden değiştirilemez. Eğitimle amaçlanan sağlık çalışanlarına istenilen kalitenin en ekonomik şekilde üretilebilmesini sağlayacak bilgi ve becerinin kazandırılmasıdır. Eğitim programları ile kalite kapsamında farklı seviyedeki sağlık çalışanlarının rollerini öğrenmeleri ve faaliyetlerini bu roller çerçevesinde planlamaları ve uygulamaları mümkün olur. Eğitim ihtiyaçları organizasyon yapılarına, görev ve sorumluluklara göre değişiklikler göstereceği için ihtiyaçlar doğrultusunda hazırlanmalıdır. Eğitimin kapsamı bilgi ve yetenekler göz önünde alınarak görevin özelliklerine göre belirlenir. Aynı zamanda eğitim konularının dinamik yapıda olması, değişim ve gelişmelerin programa yansıtılması gerekmektedir (Altunbağ, 2005: 98).

1.2.3.7. Tanı ve Tedavide Sıfır Hatayı Hedeflemek

Sıfır hata ile anlatılmak istenen işin ilk defada doğru yapılmasıdır. TKY, yapılan hataları ortaya çıktıktan sonra düzeltmek yerine, hataların meydana gelmemesi için planlar yapmak, tüm çalışanlar ile tedarikçileri eğiterek önlemler almak gerektiğini ortaya koyar. Sağlık kurumlarında misyon, vizyon ve kültür bu yönde oluşturulmalıdır. Ortaya çıkabilecek muhtemel hatalar ve bunların kaynaklarının önceden düşünülmesi, tespit edilmesi ve önlemler alınması toplam kalite yönetiminin temel felsefesidir. Tüm önlemlere rağmen tahmin edilemeyen bazı hatalar meydana geldiğinde, bunların sayısı da etkisi de fazla olmayacak, bir daha meydana gelmemesi için önlemler alınabilecektir (Eren, 2016: 123). Hataları ortaya çıkmadan önlemek özünde bir Poka-Yoke tekniğidir. Japonca’da “Poka” “beklenmedik hata”, “Yoke” ise “önleme” anlamındadır (Bay ve Çiçek, 2007: 54). Bu teknikte, kusurlara yol açabilecek süreçteki varyasyonların nedenlerini belirlemek ve ortadan kaldırmaya odaklanılır (Lazarevic vd., 2019: 6). Sağlık yöneticilerine hata önleme stratejileri hakkında bilgi sağlamak, hasta tanıtım bilekliklerini kullanmak, özel ilaçlar için etiketleme yöntemi uygulamak, süreçlerde farklı renk kodlaması kullanmak Poka-Yoke tekniğine örnek olarak gösterilebilir (Lazarevic vd., 2019: 9). Tekrar tekrar alınacak önlemler sayesinde sürprizlerle karşılaşma oranı zamanla azalacak ve bu durum hata yapma oranını da azaltacaktır. TKY’nin öğeleri arasında sağlık organizasyonları için en önemli olanı sıfır hatadır. Çünkü sağlık organizasyonlarında sunulan hizmet ile kişilerin sağlık düzeyleri korunur,

hastalanmaları önlenir, hasta ve yaralıların iyileşmesi sağlanır. Kısacası insan hayatı ile ilgili bir hizmet sunumu söz konusu olduğundan yapılan hata tolere edilemez. Bu nedenle sağlık organizasyonlarında olası hataları önlemek için risk değerlendirmeleri yapılmalıdır. Ortaya çıkabilecek hataların çözümünde reaktif yaklaşım yerine, proaktif yaklaşım uygulanmalıdır. Yani hataların ortaya çıkmasıyla birlikte çözüm arama yoluna başvurmak yerine, risk değerlendirmesi yapılarak tehlike ya da güvensizlik yaratabilecek her unsur tespit edilmeli ve önlem alınmalıdır. Son yıllarda risk yönetimi hem hasta güvenliğinin sağlanmasında hem de sağlık organizasyonlarının yönetiminde kullanılmaya başlanmıştır. Risk yönetimi, sadece sistemde oluşabilecek hataların önüne geçerek hasta güvenliğini sağlayan bir uygulama değil, aynı zamanda hastalarla birlikte çalışanları ve sağlık kurumlarını da koruyan proaktif bir yaklaşımdır. Sağlık organizasyonlarında güvenliğin ve dolayısıyla kalitenin sağlanmasının bir basamağıdır. Sağlık organizasyonlarında kültürü de bu doğrultuda şekillendirmek gerekir. Bu sayede sağlık organizasyonlarında oluşabilecek her türlü zararı en az seviyeye düşürmek için gerekli bütün önlemler alınmış ve ortaya çıkabilecek zararların etkisi de olabildiğince azaltılmış olacaktır, dolayısıyla güvenli ve kaliteli hizmet sunumu gerçekleşecektir (Güleç ve Gökmen, 2009: 176).

1.2.4. Toplam Kalite Yönetimi Öncüleri ve Sağlık Kurumları Odaklı Bakış

Toplam kalite yönetimi ile ilgili çalışmalar bilimsel yönetim dönemi ile birlikte başlayarak, çeşitli aşamalardan geçip, gelişerek bugünkü aşamaya gelmiştir. Toplam kalite yönetimi felsefesinin temelini atılmasında, oluşumunda ve gelişmesinde katkıları olan kalite uzmanları Frederick W. Taylor, Walter A. Shewhart, Joseph M. Juran, Philip B. Crosby, Armand V. Feigenbaum, F. Genichi Taguchi, Masaaki Imai ve Yoji Akao'dur. Günümüzde halen modern yönetim konusunda çalışmaları olan pek çok kalite felsefesi düşünce ustaları ile birlikte toplam kalite yönetimi gelişim yolculuğu devam etmektedir. Toplam kalite yönetimi konusunda ortaya konan ilk çabaların değerli olması bu felsefenin hızla benimsenip uygulanmasında oldukça etkili olmuştur.

1.2.4.1. Frederick W. Taylor'un Kalite Felsefesi

Frederick W. Taylor (1856-1915) fabrikalardaki işçilerin çalışmalarını iyileştirmek, verimi arttırmak için yeni yaklaşımlar kullanılması düşüncesini ortaya atan

ve ilk uygulayan kişidir. Taylor yapmış olduğu çalışmaları 1911 yılında yazdığı “Bilimsel Yönetimin İlkeleri” (Principles of Scientific Management) kitabı ile anlatmıştır. Bu kitap yönetim alanında yazılmış ilk bilimsel kitaptır. Taylor’un sorunlara bakış açısı daha çok teknik adam yani mühendis gözüyle olmuştur. Taylor’un üç ana ilkesi şu şekildedir;

1. Bir iş en verimli şekilde yapılmak isteniyorsa eski alışılmış usuller bir kenara bırakılarak yeni yöntemler geliştirmeye çalışılmalıdır. Bu amaçla hareket ve zaman etütlerine girilmelidir. İşte gereksiz yapılan hareketler kesinlikle önlenmelidir. Bunun için üç ile beş yıllık bir zaman gerekebilir.
2. İş etkin (en iyi şekilde) ve hızlı bir biçimde yapılabilmesi için işgöreni özendirmek gerekir. Bu, belirli üretim miktarına (standart hedefe) ulaşan kimselere normal ücretler dışında prim ve ikramiyeler verilerek gerçekleştirilebilir.
3. İşgörenin çalışmasını belirleyen kuralları kapsayan yöntemi uygulamak ve diğer çalışma koşullarını (makinelerin hızı, işlerin sırası gibi) düzenlemek için tecrübeli ustabaşılar kullanılmalıdır. Bilimsel yöntemlere aykırı hareket edenler cezalandırılmalıdır (Eren, 2016: 23).

Taylor’un klasik yaklaşım teorisinde özellikle vurgulanan iki ana görüş vardır. Bunlardan ilki organizasyonlarda etkinlik ve verimliliğin artırılması, ikincisi ise bu durumu gerçekleştirecek olan biçimsel organizasyon yapısının oluşturulması ve içerisindeki yönetim faaliyetlerinin düzenlenmesidir (Gümüş vd., 2013: 55). Taylor’un işe ve çalışana ilişkin düzenlemeleri kalitenin oluşumuna katkı sağlamıştır. Taylor çalışanlara ilişkin düzenlemelerinde ustabaşılarının önemi üzerinde durmuş, motivasyon faktörü olarak da ücret teşvikini kullanmıştır. Zanaatçıların (ustabaşı) kendilerinin ve çıraklarının ürünlerini “muayene” etmesi işlerin büyümesi ve standartlaşması nedeniyle yetersiz kalmıştır. Taylor işçileri ürettikleri ürünü değerlendirebilecek kapasitede bulmadığı için bitmiş ürünlerin muayenesi için kontrol elemanları görevlendirmiştir. Taylor’un bu hareketi, kaliteye ilişkin sorumluluğun dağıtılmasına yol açtığından eleştiri almıştır. Taylor’un üzerinde durduğu temel ilkeler günümüzde tüm dünyada yayılmış, bu fikirler geliştirilerek kullanılmaya devam etmiştir.

Günümüzde sağlık hizmetleri kurumsallaşmış bir yapıya sahip olduklarından, sağlık organizasyonlarında biçimsel yapı oluşturulmuş, yönetim faaliyetleri ise belirlenen organizasyon yapısına uygun olarak düzenlenmiştir. Sağlık organizasyonlarında etkinlik ve verimliliği artırma çalışmaları ise kalite çalışmalarıyla birlikte hızla devam etmektedir. Hizmeti müşterinin arzu, istek ve ihtiyaçlarına yönelik tasarlayarak, faaliyetleri kesintisiz bir şekilde sürdürebilecek yeterlilikte ve içerikte sistemler kurarak, çalışanları iyi eğiterek performanslarını artırarak sağlanacak hizmet kalitesi ile, organizasyonun maliyetleri düşürülerek, etkinlik ve verimlilik sağlanacaktır (Şekerkaya, 1997: 16).

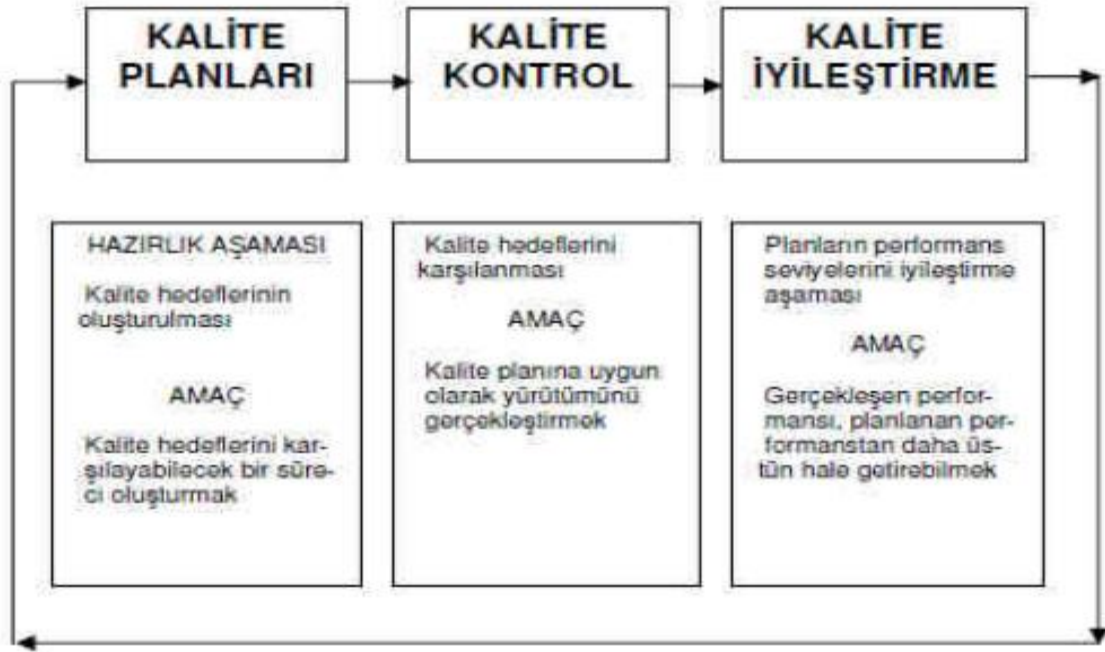
1.2.4.2. Walter A. Shewhart'ın Kalite Felsefesi

Walter A. Shewhart (1891-1967), 1920 ve 1930'lu yıllarda Bell Atlantic firması laboratuvarlarında kalite geliştirme ve problem çözme alanında çalışan bir istatistikçidir. Shewhart'ın "Fabrikasyon Ürünlerin Kalitesinin Ekonomik Kontrolü" (Economic Control of Quality of Manufactured Product) adlı kitabı fabrikasyon imalatının kalitesinin geliştirilmesinde dönüm noktasıdır. Shewhart imalatın her aşamasında öngörülmecek değişimlerin yaşanabileceğini ancak numune alma, olasılık analizi gibi teknikler kullanılarak bu değişikliklerin nedenlerinin anlaşılabilceğini göstermiştir. Shewhart'ın teknikleri, bir prosese ne zaman ve hangi durumlarda müdahale edilmesi veya edilmemesi gerektiğini tanımlayarak sürecin kontrol altına alınabileceğini göstermiştir. Her bir işin yapılmasında tesadüfi limitleri tanımlayan Shewhart, sadece bu limitlerin aşılması halinde sisteme müdahale edilmesi gerektiğini savunmuştur. Shewhart üretim performansını yakından izlemek için "Kontrol Kartları" geliştirerek, bu sayede işçilerin yaptıkları işlerin gidişatının izlenmesi ve kontrol limitlerinin dışına çıkılan zamanların belirlenmesini sağlamış, muhtemel kalitesiz üretimin önceden tespit imkanını mümkün kılmıştır. Shewhart'ın numune alma ve kontrol alanındaki çalışmaları kendisi gibi istatistikçi olan W. E. Deming'in ilgisini çekmiştir (Diken, 1995: 19). İstatistiksel süreç kontrolü Shewhart ile başlamıştır. İstatistiksel süreç kontrolü, bir sürecin olağan olarak devamının istatistiksel yöntemlerle kontrolüdür. Bununla birlikte olağan dışı bir durumun fark edilmesi ve nedenlerinin belirlenerek ortadan kaldırılmasıdır. Yapılan istatistik çalışmaları ile, gerçek problemler sürecin doğasında var olan değişkenliklerden ayırt edilerek, gereksiz müdahalelerin

önüne geçilmiş olur (Burnak, 1997: 61). İstatistiksel süreç kontrol çalışmaları tüm organizasyonlara sağlayacağı faydanın yanı sıra sağlık organizasyonlarında hataların önlenmesi, hataların tekrar edilmemesi, hastayı ve sağlık çalışanını koruyarak hizmet sunulmasının sağlanması, farklı fikirlerin keşfedilmesine imkân sağlayarak yaratıcı fikirlerin elde edilmesi gibi pek çok yararı beraberinde getirecektir.

1.2.4.3. Joseph M. Juran'ın Kalite Felsefesi

Joseph M. Juran (1904-2008), Juran Enstitüsü'nün kurucusu ve başkanıdır. Aynı zamanda New York Üniversitesi'nde öğretim üyesi olarak çalışmıştır. Bu görevlerinin yanı sıra Juran, Western Electric Company'de kontrolör olarak görev yapmıştır. Juran 1950 yılında Kalite Kontrol El Kitabı'nı, 1988 yılında Kalite Planlama, 1989 yılında Kalite Liderliği ve 1991 yılında Yeni Kalite Yol haritası kitaplarını yazmıştır (Sarp, 2014: 26). Juran, kalite tanımını 'şartnameye uygunluk' dan 'kullanım için uygunluk' şeklinde genişletmiştir. Ayrıca, ürün kalitesinin sağlanmasında "eksikliklerin giderilmesi" ve "ürün özellikleri" gibi kavramlar üzerinde durmuştur (Singh, 2019: 58). "Juran'ın Trilojisi" olarak ifade edilen üç süreçte, Juran kalite yönetimi anlayışını kalite planlaması, kalite kontrolü ve kalite iyileştirmesi olarak üç aşamada ortaya koymuştur. Bu üçleme aşağıda Şekil 1. 2'de gösterilmektedir.



Şekil 1. 2. Juran'ın Kalite Felsefesi

Kaynak: Akın vd., 1998: 97.

Kalite planlaması:

- Kalite amaçlarını belirlemek,
- Müşterileri (veya çıkar gruplarını) belirlemek,
- Müşteri gereksinimlerini karşılayan ürün özelliklerini geliştirmek,
- Müşteri gereksinimlerini karşılayabilecek özellikler çerçevesinde üretilecek ürün süreçlerini geliştirmek,
- Süreç kontrollerini oluşturmak ve süreci dönüştürmeyi içerir.

Kalite kontrolü:

- Gerçekleşen kalite performansını ölçmek,
- Planlanan kalite performansı ile gerçekleşen kalite performansını karşılaştırılmak,
- Sapmalar konusunda eyleme geçmek, şeklinde ifade edilebilir.

Kalite iyileştirme:

- Kaliteyi iyileştirmek için gerekli olan gereksinimleri belirlemek,

- Yıllık kalite iyileştirme projeleri yapmak,
- Her bir projenin başarısı için sorumlulukları açık bir şekilde belirlenmiş, sorumlulukları olan bir proje ekibi kurmak,
- Proje ekibinin gereksinim duyduğu kaynakları, motivasyonu ve eğitimi sağlamak,
- Kalite iyileştirmenin ve faydalarının sürekliliğini sağlamaya yönelik kontroller sağlamayı kapsar (Çetin vd., 1998: 97).

Sağlık organizasyonlarında kalite başarısı öncelikle kalite konusunda detaylı planların oluşturulmasına bağlıdır. Kalite planlarında kalitenin amaçlarının yanı sıra, kalitenin ilgili taraflarının ve onların kazanımlarının belirtilmesi gerekmektedir. Bunların yanı sıra kalite konusunda istenen performans ölçütlerinin belirtilmesi gerekir. Kalite kontrolünde ise istenen kalite performans ölçütleri ile gerçekleşen kalite ölçütleri karşılaştırılarak ortaya çıkan farkların düzeltici faaliyetlerle ortadan kaldırılmasına çalışılmalıdır. Kalite iyileştirme aşaması, kurumda kalitenin sürekliliği ve geliştirilmesine yönelik bir dizi faaliyet ve eylemi içinde barındırır.

Kalitenin nasıl yönetilmesi konusuna ağırlık veren Joseph M. Juran, 85/15 kuralı ile organizasyonda kalite ile ilgili ortaya çıkan sorunların % 85 oranında kusurlu olarak tasarlanmış süreçlerden meydana geldiğini ve bu konudaki sorumluluğun yönetime ait olduğunu ifade eder. Dahası, organizasyonda kalite problemlerinin temel kaynağının % 85 oranında yönetim kararları olduğunu belirtir. Juran organizasyonlardaki kalite problemlerinin % 85'inin kalite yönetim sisteminden kaynaklandığı, % 15'inin ise insan unsuru ile ilişkili olarak ortaya çıktığını ileri sürmektedir (Lapidus, 2001: 52). Bu sebeple organizasyondaki kalite çalışmalarının amacına ulaşması yönetim ve yönetimin aldığı kararlara bağlıdır.

1.2.4.4. Philip B. Crosby'nin Kalite Felsefesi

Philip B. Crosby (1926-2001), ITT şirketinde (New York merkezli Amerikan dünya imalat şirketi) üretim hattında muayene elamanı olarak çalışmakta iken terfi ederek şirketin kaliteden sorumlu genel müdür yardımcısı olmuş, bu görevde 14 yıl çalışmıştır. Crosby ITT'den ayrıldıktan sonra 1979 yılında kendi adını taşıyan Philip Crosby Associate danışmanlık şirketini kurmuş, eğitim programları hazırlayarak sunmaya başlamıştır. Crosby kalite konusunda birçok kitap yazmıştır. Bu kitaplardan

ilki olan “Kalite Ücretsizdir” (Quality is Free) kitabı en popüler olanıdır. Kitap, kalite kavramlarını basit terimlerle anlatarak kalitenin kolay yönetilebilir bir süreç olduğunu vurgular. Aynı zamanda kalitenin organizasyon için bir kar kaynağı haline gelebileceğini anlatır (Ersoy ve Ersoy, 2011: 78). Crosby’nin TKY felsefesini yansıtan dört koşulu şöyledir:

- Birinci koşul, kalite kavramının herkes tarafından aynı şekilde algılanmasıdır. Kaliteyi “mükemmellik değil, müşteri ihtiyaçlarına uygunluk” olarak tanımlar.
- İkinci koşul, kaliteyi sağlayacak bir sistemin gerekliliğidir. Kalite “kontrol ve değerlendirme ile değil hata önleme ile başılır”.
- Üçüncü koşul, kalitede başarı standardı, “sıfır hata”dır. Performans “sıfır hata” standardından farklı ise, kalitenin iyileştirilmesine devam edilir.
- Dördüncü koşul, kalitenin nasıl ölçülmesi gerektiğine ilişkindir. Crosby kalite ölçümünü, kaliteden sapmanın bedeli ile yani beklentilere uygunsuzluğun maliyeti ile değerlendirir. Yani “Kalite indekslerle değil, uygunluk maliyeti ile” ölçülür (Halis, 2010: 73).

Bu koşulların sağlık organizasyonlarında uygulanabilmesi için birtakım gerekliliklere ihtiyaç vardır. Birinci koşulun sağlanabilmesi için eğitim şarttır. İkinci koşulda yönetim tarafından kalite sistemi oluşturulmasına ve bu konudaki çalışmalara ihtiyaç vardır. Üçüncü koşul ise risk değerlendirmesi ve istatistiksel süreç kontrollerinin yapılması ile gerçekleştirilebilir. Dördüncü koşul, performans göstergelerinin oluşturulup, sonuçların değerlendirilmesini gerektirir.

Crosby TKY anlayışında 14 adımlık bir program önermektedir. Bu adımlar şu şekildedir:

- 1) Yönetimin kendini adanması: Toplam kalite yönetiminin organizasyonlarda yerleşmesinde en önemli husus üst yönetimin bu felsefeye inanması, benimsemesi ve bu uğurda çaba göstermesidir.
- 2) Kalite iyileştirme ekibi oluşturulması: Organizasyonlardaki tüm departman yöneticileri çeşitli roller üstlenerek hem kendi departmanlarında hem de organizasyonun tamamında kalite geliştirme gruplarına katkıda bulunmalıdır.

- 3) Kalitenin ölçütlerinin geliştirilmesi ve ölçümlerin yapılması: Organizasyonlarda kalite açısından her faaliyet alanı için ölçütler oluşturulmalı, mevcut ölçütler gözden geçirilerek iyileştirilmeler ve düzeltici faaliyetlerde bulunulmalıdır.
- 4) Kalite maliyetlerinin belirlenmesi: Organizasyonlarda ortaya çıkan kalite maliyetleri değerlendirilerek, maliyetlerin nedenleri ve maliyetlerin yüksekliği oranında düzeltici faaliyetlerin gerekliliği belirlenmelidir.
- 5) Kalite konusunda bilinçlenme: Organizasyonlarda kalite konusu ile ilgili tüm bilgiler paylaşılmalı ve eğitici çalışmalara ağırlık verilmelidir.
- 6) Düzeltici önlemlerin alınması: Organizasyonlarda kalitenin iyileştirilmesi amacıyla çözülmesi gereken sorunlar veya düzeltilmesi gereken hatalar anında süreç sahipleri tarafından görülebilir olmalıdır. Diğer sorunlar ve hatalar ise muayene ve denetimler sonucu ortaya çıkabilir. Yine de çözüme kavuşturulamayan önemli bir sorun var ise kalite iyileştirme ekibi tarafından çözümlenmeye çalışılmalıdır.
- 7) Sıfır hata programının uygulanabilmesi için bir komite oluşturulması: Organizasyonlarda tüm çalışanlara sıfır hata felsefesini anlatmak için üç veya beş üyeden oluşan bir komite oluşturulmalıdır.
- 8) Yöneticilerin Eğitimi: Organizasyonlarda kalite konusunda başarı elde edebilmek için tüm kademelerdeki yöneticilerin eğitilmeleri ve bilgiyi çalışanlara aktarmaları gerekmektedir.
- 9) Sıfır hata günü: Organizasyonlarda ortaya çıkan hatalar çözüme kavuşunca sıfır hata günü düzenlenir. Çalışanlar organizasyondaki mevcut programlar hakkında bilgilendirilerek değişen prosedürler hakkında aydınlatılır.
- 10) Hedef belirleme: Organizasyonlarda amaçlara ulaşabilmek için ölçülebilir, somut alt hedefler ortaya konmalıdır.
- 11) Sorun-sebep-çözüm programı: Organizasyonlarda çalışanlar hatasız çalışmalarına engel olan her sorunu tanımlamalı ve kalite konusunda işlevsel bir grup bu sorunlara çözüm getirmelidir.
- 12) Ödüllendirme: Organizasyonlarda kalite geliştirme çalışmalarında bireysel ve grupsal katkılar ödüllendirilmelidir.

- 13) Kalite konseyi oluşturulması: Organizasyonlardaki kalite geliştirme çalışmalarının gözden geçirilmesi ve iletişimin sağlanabilmesi için bir kalite konseyi oluşturulmalıdır.
- 14) Yeniden başlama ve programın sonsuzluğu: Organizasyonlardaki bütün çalışanlarda kalite çalışmalarının hiçbir zaman sona ermeyeceği bilinci oluşturulmalıdır. Organizasyonlarda kalite konusundaki çalışmalar tekrar ederek, devam etmelidir (Çetin vd., 1998:104).

1.2.4.5. Armand V. Feigenbaum'un Kalite Felsefesi

Armand V. Feigenbaum (1922-2014), General Elektrik Şirketi'nin kalite kontrol yöneticisi olarak çalışmış, daha sonra General System isimli şirketi kurmuştur. 1951 yılında MIT'den (Massachusetts Institute of Technology) doktora derecesini alan Feigenbaum "Kalite Kontrol" ve "Toplam Kalite Kontrol" kavramlarının isim babası olarak bilinir. Feigenbaum "Toplam Kalite Kontrolü" müşteri tatminini sağlamaya yönelik olarak, en ekonomik seviyede, organizasyon içindeki üretim, pazarlama, finansman, insan kaynakları, mühendislik vb. birimlerdeki çeşitli grupların çabalarını bütünleştiren bir sistem olarak tanımlamaktadır. Armand V. Feigenbaum'a göre kalite kontrol sürecinin aşamalarını; kalite standartlarının oluşturulması, bazı standartlara uygunluğun değerlendirilmesi, standartlara ulaşılmadığında düzeltici önlemlerin alınması ve standartlarda iyileştirmeler yapılması için planlamalar yapılması oluşturur (Halis, 2010: 75).

Feigenbaum'un toplam kalite kontrolü konusundaki diğer görüşleri şu şekildedir;

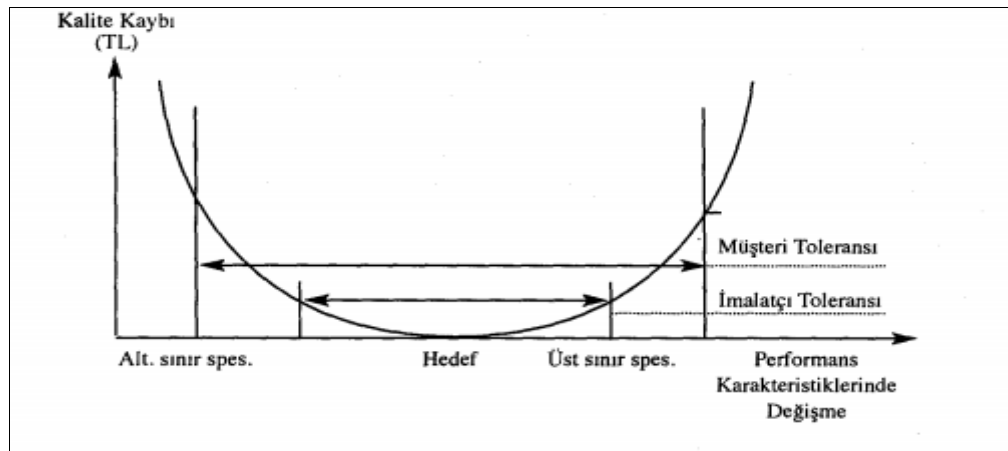
- (1) Toplam kalite kontrolü teknolojik, ekonomik ve insan boyutları olan stratejik bir yönetim seçeneğidir.
- (2) Toplam kalite kontrolü organizasyonlarda var olan ancak görünmeyen bir kurum gibidir. Kaliteye hâkim olmak demek ham maddeye, prosese ve mamule hâkim olmak demektir.
- (3) Kaliteye hâkim olmak için yönetim ve teknik hususları kapsayan bir kalite sistemi kurulmalıdır. Ayrıca maliyetlerin bilinmesi gerekir.

(4) Kalite herkesin sorumluluğundadır, ancak herkesin sorumluluğunda olan bir konuya hiç kimsenin sahip olmaması gibi bir tehlikenin önüne geçmek için ürün kalitesi ve kalite kontrolden sorumlu bir fonksiyonla desteklenmesi gerekir (Efil, 2010: 99).

Feigenbaum'un yukarıda ifade edilen görüşlerinde yer aldığı üzere TKY stratejik bir yönetimdir. Dolayısıyla sağlık organizasyonlarında yönetim ve teknik etkinlikleri kapsayacak şekilde bir kalite sistemi inşa edilmelidir. Kalite sistemi oluşturulurken de teknolojik, ekonomik ve sosyal faktörler göz önünde bulundurulmalı, gelişmeler sistemin işleyişine yansıtılmalıdır. Sağlık organizasyonlarında yürütülen faaliyetlerin bir ekip işi olduğu gerçeği TKY uygulamalarında da kendini hissettirmelidir.

1.2.4.6. F. Genichi Taguchi'nin Kalite Felsefesi

F. Genichi Taguchi (1924-2012) bir istatistikçidir ve Japon telefon sisteminin yeniden yapılandırılmasında görev almıştır. Japonya'da, istatistiksel metotları kullanarak, endüstri standartlarının geliştirilmesine katkılar yapmış, ürünlerin ve süreçlerin iyileştirilmesine destek olmuştur (Sarp, 2014: 33). Kendi adıyla anılan Taguchi (Deney Tasarımı) Yöntemi ve kalite kayıp fonksiyonunun geliştiricisidir. Taguchi yöntemi, tasarım, geliştirme ve iyileştirme çabalarında kullanılan, kontrol edilebilen ve edilemeyen değişkenlerin hedef kalite parametresi veya parametreleri üzerindeki etkilerini belirleyen etkin bir yöntemdir. Kalite kayıp fonksiyonu ise, kalite özellikleri hedef değerden sapma gösterdiğinde oluşan kalite kaybının parabolik yaklaşımla ifadesidir (Elevli, 2010: 7). Taguchi'nin kalite kaybı fonksiyonu Şekil 1. 3'de gösterilmektedir.



Şekil 1. 3. Kalite Kayıp Fonksiyonu

Kaynak: Saat, 2000:101.

Taguchi'nin kalite kayıp fonksiyonu formülü şu şekildedir; $Kayıp = k (Y-T^2)$. Formülde: T hedef değer, Y değişkenin ölçülen değeri, k ise sapmayı para değerine çeviren katsayıdır. Kayıp fonksiyonu farklı şekillerde yorumlanabilir: Kaybın azaltılması için varyansın azaltılması gerekmektedir. Ayrıca kaybın azaltılması için hedeften sapmaların azaltılması gerekir. Bunun sağlanabilmesi için de ürün ve sürecin sürekli olarak iyileştirilmesi gerekecektir. Yalnızca spesifikasyonları karşılamak kalitenin zayıf bir göstergesidir. Kalite ölçütü öngörülen hedeften uzaklaştıkça performansta buna bağlı olarak aşınmaktadır. Burada önemli olan spesifikasyonlar karşılandığı halde varyansın azaltılmasıdır (Barker, 1986: 32; akt. Saat, 2000:101).

Taguchi kalite kayıp fonksiyonu yanında tasarımda güvenilirlik ve kaliteyi vurgulayan metodolojisi, prototipleme teknikleri, istatistiksel deney tasarımı gibi çalışmalarıyla kaliteyi üretim sürecine hatta tasarım aşamasına taşımıştır. Taguchi en az hatalı ürünü üreten parametreler kombinasyonunu bulmak için istatistiksel deney tasarımını ve kurt tasarımını kullanmış, geliştirmiştir. Yapmış olduğu çalışmalarda dört defa Deming Ödülünü kazanmıştır (Halis, 2010: 80). Kalitenin tasarım aşamasında başladığını düşünen Taguchi çevrim içi kalite kontrol ve çevrim dışı kalite kontrol gibi iki temel ilke üzerinde yoğunlaşmaktadır. Çevrim içi (on-line) kalite denetimi ürünün imalat sırasındaki ve sonrasındaki istatistiksel süreç ve muayenelerini kapsar. Çevrim dışı kalite denetimi ise pazar araştırması ile ürün ve üretim sürecinin geliştirilmesi sırasında gerçekleştirilen kalite faaliyetlerini içerir. Bu faaliyetler ürüne doğrudan müdahaleler yerine üretimin başlamasından önce gerçekleştirilen tasarım çalışmalarıdır (Şirvancı, 1997: 14). Mal üreten organizasyonlarda daha etkin olarak kullanılan Taguchi uygulamaları, hizmet sunan organizasyonlarda da hizmet tasarımının kalitesinin sağlanması şeklindeki uygulamalarla karşımıza çıkmaktadır. Hizmetin kalitesi, hizmetin tüketici olan müşterilerin isteklerinin ve beklentilerinin karşılanması sonucu oluşan soyut doyumluk olarak ifade edilebilir. Sunulan hizmetin tasarım kalitesi, hizmetin müşteri tarafından beklenen performans seviyesinin etkili ve verimli bir şekilde karşılanabilmesi için önemlidir. Hizmetin tasarım kalitesi, hizmetin müşteriye neler kattığı ve hizmetin performansının başarısı konularında bilgi sağlar (Yang, 2005: 28).

1.2.4.7. Masaaki Imai'nin Kalite Felsefesi

Masaaki Imai (1930-), 1962'de kurduğu merkezi Tokyo'da bulunan Cambridge Corp şirketinin başkanıdır. Cambridge Corp şirketi, Uluslararası Yönetim Danışmanlık ve Yönetici Yetiştirme şirkettir ve Japonlarla ortaklık kuran şirketlere Japon yönetim anlayışını tanıtmaya ve organizasyonlarını yeniden değerlendirme konusunda yardımcı olmuştur. Imai'nin kaliteye kazandırdığı en önemli kavram “sürekli gelişmedir”. Kalite literatüründe bu kavram “Kaizen” olarak bilinir (Özevren, 1997: 15). Kaizen, Japonca “Kai; değişim ve Zen; iyi, daha iyi” kelimelerinden oluşmuştur. Geliştirme, iyileştirme ve sürekli gelişme anlamlarında kullanılmaktadır. Kaizen kavramı, sanayi tarihinde çok önemli bir aşamayı simgeler. Statik bir yönetim anlayışı, bu kavram sayesinde dinamik bir hale getirilmiştir. Statik yönetim anlayışı: Planla-Yap-Gör şeklinde iken dinamik yönetim anlayışı: Planla-Yap-Denetle-Harekete geç (PYDH) şeklinde oluşturulmuştur (Gür, 1996: 23). Kaizen felsefesinde, küçük adımlarla başlayan iyileştirmelerin büyük problemlerin önlenmesinde katkısı olacağı şüphesizdir. Günümüzde Kaizen felsefesi tüm sektörler için önem taşımaktadır. Değişimin hızla yaşandığı günümüzde Kaizen felsefesi tüm sektörler için önem taşımaktadır. Değişim ve gelişime karşı atılacak küçük adımlar sayesinde istenilen yöne doğru hareket gerçekleşmiş olacaktır. Hizmet organizasyonlarında müşteri talepleri aynı şekilde seyretmemekte; soyut talepler de en az somut talepler kadar farklılaşmaktadır. Bu doğrultuda müşteri tatminine yönelik yapılacak sürekli iyileştirmeler başta küçük, önemsiz gibi görünse de toplamda organizasyona büyük fayda sağlayacaktır. Kaizen felsefesine başka bir açıdan bakıldığında; başlangıçta küçük adımlarla başlayan iyileştirmelerin büyük problemlerin çözümde önemli katkısı olacağı gerçeği ortaya konmaktadır. Organizasyonlarda en küçük problemler dahi ortaya konarak, çözümüne önem verilmeli, günü kurtarmak yerine kalıcı çözümler üretilmelidir. Özellikle sağlık organizasyonları açısından sunulan hizmetlerin sürekli yeniden değerlendirilmesi ve geliştirilmesi hata yapma olasılığını azaltarak, sonuçta istenilen “sıfır hata” ile hizmet sunumunun gerçekleşmesini sağlayacaktır.

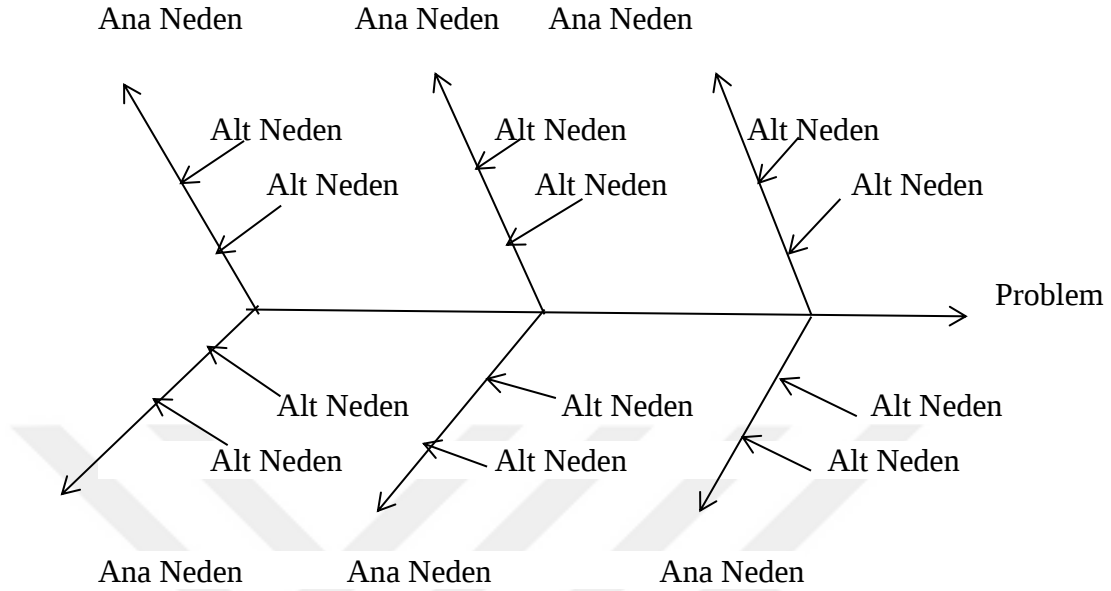
Imai'nin birçok yayını içerisinde, “KAIZEN- Japonya'nın Rekabet Başarısının Anahtarı”, “Hayır demekten kaçınmanın 16 yolu” ve “Cevap İçin Asla EVET Almayın-Yabancı İş Adamları İçin Japon İşine İçeriden Bir Bakış” isimli kitapları sıralanabilir.

1.2.4.8. Kaoru Ishikawa'nın Kalite Felsefesi

Kaoru Ishikawa (1915-1989), 1939'da Tokyo Üniversitesi Uygulamalı Kimya bölümünden mezun olmuştur. 1948'de istatistiksel yöntemler üzerinde çalışmaya başlamıştır. Ishikawa “Toplam Kalite Kontrol” isimli kitabında kalite ile ilgili yaklaşımlarını anlatır. Kalite yönetimine en büyük katkısı, 1962 yılında “Kalite Kontrol Çemberlerini” geliştirmesi ile olmuştur. Ishikawa kalite kontrol için istatistik tekniklerini basitleştirmiş, Pareto ve Ishikawa diyagramlarını kalite geliştirme çalışmalarında gruplara ve kalite çemberlerine yardımcı olmak amacı ile geliştirmiştir. Kendi adıyla anılan diyagramı ile meydana gelebilecek hataların yakalanabilmesi için analiz metotları geliştirmiştir (Sarp, 2014: 29). Literatürde Ishikawa diyagramı, Balık Kılçığı (Neden-Sonuç) diyagramı ve sebep sonuç diyagramı olarak da bilinir. Balık Kılçığı (Neden-Sonuç) diyagramı mevcut problemlere (sonuçlara) katkısı olan muhtemel faktörlerin (sebeplerin) belirlenmesi ve organize edilmesi amacıyla kullanılır. Aynı zamanda probleme etki eden bütün muhtemel sebeplerin en önemlilerini (sebepleri) ortaya çıkarmak ve doğrulamak amacıyla araştırıcı bir kontrol listesi olarak da kullanılır. Problem çözümünde genellikle tek kişiden çıkan fikirler yetersiz olur. Bu nedenle balık kılçığı diyagramı oluşturulmasında Beyin Fırtınası Tekniği kullanılır (Parlak, 2004: 70). Balık kılçığı diyagramı çizmek için izlenmesi gereken adımlar şu şekildedir:

- (1) Problemin belirlenmesi,
- (2) Problemi gösteren ana çizginin çizilmesi,
- (3) Probleme neden olan ana (temel) nedenleri gösteren yatay çizgilerin çizilmesi,
- (4) Ana nedenlere neden olan alt nedenlerin ana neden çizgisi üzerine çizilen çizgilerle gösterilmesi.

Balık kılçığı diyagramı aşağıda Şekil 1. 4’de gösterilmektedir.



Şekil 1. 4. Balık Kılçığı Diyagramı

Kaynak: Halis, 2010: 156.

Literatür incelendiğinde hizmet organizasyonlarında balık kılçığı analizi ile yapılmış çalışmalara az rastlansa da bu yöntem kullanılarak sağlık organizasyonlarında öncelikli sorunların belirlenmesi ve çözüm yoluna kavuşturulması mümkündür. Diyagramın oluşturulması için sorunlar somut olarak ortaya konmalı ve ölçülebilir olmalıdır. Belirlenen her sorun için ayrı ayrı diyagramlar çizilmeli, etkenler ölçülebilir olmalı, soruna ilişkin her kesimin görüşü alınmalı ve katılımcılar sebeplerin önemini tayin ederken objektif davranmalıdır. Oluşturulan diyagramların zaman içinde güncelleştirilmesi gerekmektedir (Oymak vd., 2009: 70).

Kaoru Ishikawa tarafından geliştirilen bir diğer önemli kavram kalite kontrol çemberleridir. Kalite kontrol çemberleri, kendi alanlarında kalite ve diğer sorunları saptamak, analiz etmek ve çözmek için düzenli aralıklarla, gönüllü olarak bir araya gelen insanlardan oluşan takımlardır. İdeal olarak takım üyeleri 7-8 kişidir. Amaçları, üyelerin konuları ile ilgili hataları azaltarak kaliteyi arttırmak, işe bağlılığı ve etkinliği arttırmak, motivasyonu yükseltmek, sorunları çözmek, iletişimi iyileştirmek, uyumlu çalışma ortamı yaratmak, kişisel gelişimi ve iş gelişimini desteklemek, kaliteyi kötüleştiren unsurları ortadan kaldırmaktır. Takım aynı zamanda sorunları önlemek

üzere bir proje amacıyla da oluşturulabilir. Takım üyeleri belirli aralıklarla toplanırlar (örneğin; haftada bir kez). Her toplantıda takım üyeleri öncelikle çalıştıkları konularla ilgili yaşadıkları sorunları ortaya koyarlar ve sırasıyla sorunlar diğer üyelerle birlikte analiz edilir. Takım üyeleri soruna ait öneriler geliştirirler ve bu önerileri üst yönetime iletirler. Her sorun çözüldüğünde ya da proje oluşturulduğunda ise yöneticilere konu ile ilgili sunuş yaparlar (Parlak, 2004: 64). Kalite kontrol çemberleri başlangıçta Japonya'daki imalat işletmeleri ve işgören kademelerinde kabul görmüş, kullanımı zamanla yaygınlaşmıştır (Güney, 2004: 134). Sağlık organizasyonu olarak hastanelerde var olan matris organizasyon yapısı gereği multidisipliner çalışma prensibi büyük önem taşımaktadır. Bu nedenle her çalışanın yer aldığı ana ve alt süreçler bazında kalite çemberleri oluşturulmuştur. Bu ekiplerde; doktor, hemşire, hasta hizmetleri çalışanları, otelcilik hizmetlerinden sorumlu kişilere kadar her fonksiyondan temsilciler görev almaktadır. Bu ekipler iyileştirme ve geliştirme amacıyla düzenli olarak ya da ihtiyaç halinde toplanmaktadır. Yaptıkları toplantılarda süreçlerle ilgili iyileştirmeye açık alanları belirlemekte, konu ile ilgili çözümler geliştirmektedirler. Bunun yanında süreç performans göstergelerini takip etmekte, sonuçları yorumlamakta ve elde edilen sonuçları iyileştirme çalışmalarında tekrar girdi olarak kullanmaktadırlar. Toplantılarda iyileştirmeye açık alanlara ilişkin kök-neden analizi yapabilmek amacıyla birçok problem çözme teknikleri kullanılmaktadır. Yapılan her toplantı karalarıyla birlikte kayıt altına alınmaktadır. Çalışmalar sonucu elde edilen veriler kurum içinde elektronik posta, toplantılar, yazışmalar vb. yollar ile tüm çalışanlarla paylaşılmaktadır (Mutlu ve Yılmaz, 2019: 8).

1.2.4.9. William Edwards Deming'in Kalite Felsefesi

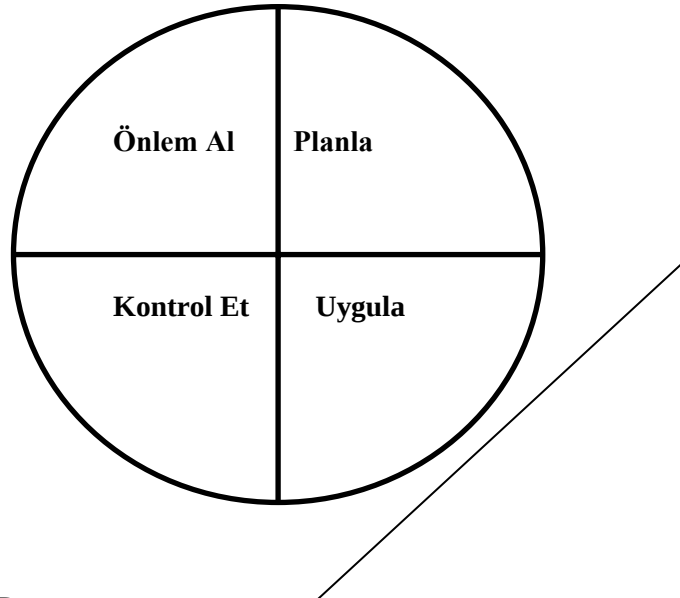
William Edwards Deming (1900-1993) 1928 yılında Yale Üniversitesi'nden Matematiksel Fizik alanında doktora derecesi almıştır. Deming, bir süre Tarım Bakanlığı ve ABD Nüfus Bürosu'nda çalışmıştır. 1930'lu yıllarda Western Electric Şirketi ve Bell Laboratuvarında Walter Andrew Shewhart ile birlikte çalışan Deming, istatistiğin kalite yönetiminde kullanılması konusundaki ilk bilgileri Shewhart'dan almıştır. Deming kaliteyi; “pazarın ihtiyaçlarına uygun olan düşük maliyette ve tahmin edilebilir ve güvenilebilir sonuçların elde edilmesi” olarak tanımlamıştır (Çelik, 2006: 53). Edward Deming'in toplam kalite yönetimine katkısı kendi adıyla bilinen

“Deming’in 14 ilkesi” ve “Deming Döngüsü” başlıkları altında ele alınmaktadır (Bedük, 2011: 20). Deming’in ilkeleri (Elevli, 2010: 7);

- (1) Mal ve hizmetlerde iyileştirme ve geliştirme amacını sürekli kılın.
- (2) Yeni bir yönetim felsefesi uygulamaya koyun. Günümüz koşullarında beklenen hata, kabul edilebilir gecikme gibi kavramların yeri kalmamıştır. Her şeyin daha iyisini yapma olanağı vardır.
- (3) Kalitenin sağlanması için istatistiksel metotları kullanarak, geliştirin. Sonuçlara bakmak hiçbir anlam ifade etmez.
- (4) İşinizdeki başarıyı sadece fiyatlara göre değerlendirmeyin. Her kalem malzeme için tek bir tedarikçiyle çalışın, uzun süreli bağlılık ve güvene dayalı ilişkiler kurun, toplam maliyetleri düşürün.
- (5) Sürekli iyileştirme; süreç yeterliliğinin belirlenmesi ve değişkenliğin kontrolü ile daha iyinin hedeflenmesi ve uygulanması olarak algılanmalı ve uygulanmalıdır.
- (6) İşbaşı eğitiminde istatistiki metotları uygulanmalı bu sayede doğru olan başta yapılmalıdır.
- (7) Liderlik mekanizmasını oluşturun. Liderlik yönetimin doğal işidir. Yargılayıcı değil, yapıcı ve eğitici yaklaşımlar önemlidir. Lider yol göstericidir.
- (8) Organizasyonlarda doğruların konuşulmasını engellemeyin, çalışanların yaratıcılığını destekleyin.
- (9) Organizasyonlarda çeşitli birimler (departmanlar, gruplar ve tüketiciler) ile yönetim arasındaki engelleri yok edin. Birimler arasında hedefler açısından çelişkiler olmamalıdır. Disiplinli takım çalışmaları desteklenmeli, bilgi akışı ve iletişim sağlanmalıdır.
- (10) Çalışanları zorlamaktan, onlara sloganlar ve sayısal hedefler vermekten vazgeçin. Hataların büyük miktarı (% 95) yönetimden kaynaklanmaktadır. İyi bir süreçten kötü ürün çıkmayacaktır. Bırakın çalışanlar kendi sloganlarını, hedeflerini kendileri belirlesin.
- (11) Organizasyonlara özgü sayısal hedef ve kotaları yok edin. Çalışanları bu rakamlara göre değerlendirmeyin. Organizasyonlarda kalite felsefesini egemen kılın, kalite ile birlikte değerlendirilmedikçe, miktarlar anlamsızdır.

- (12) Çalışanların yaptıkları işlerden gurur duymalarını önleyecek engelleri yok edin. Organizasyonlarda hızlı değil, doğru çalışmak, rekabet değil iş birliği anlayışı yerleştirilmelidir.
- (13) Organizasyonlarda çalışanı geliştirmeye yönelik eğitim çalışmalarını destekleyin.
- (14) Yönetim dönüşüme herkesin katılımını sağlayarak yukarıdaki 13 kural doğrultusunda yapılacak somut işleri planlamalı ve gerçekleştirmelidir.

Deming döngüsü, amaçlara göre yönetim tekniğinden yararlanan ve sürekliliği olan bir süreçtir. Bu döngüde faaliyetler bir çember içerisinde gösterilerek daha iyi anlaşılması sağlanmıştır. Çemberin her dönüşü işlerin daha kaliteli olmasını sağlar. Hedefe ulaşmayı sağlamada temel yaklaşım PUKÖ çevrimi olarak adlandırılan Planla-Uygula- Kontrol et- Önlem al (Düzelt) şeklindedir. Sistem yaklaşımıyla her ana safhanın birkaç alt safhası ve bu alt safhalarında alt döngüleri mevcuttur. Bu döngünün amacı sürekli bir geri bildirim mekanizması kurarak, atılan her adımda, verilen her kararda en iyi olanı bularak sürekli gelişimi sağlamaktır. Aynı düşünce yapısı farklı uygulamalara yansıtılabilir (Bedük, 2011: 21). PUKÖ Döngüsü aşağıda Şekil 1. 5'te gösterilmektedir.



Şekil 1. 5. Deming Döngüsü

Kaynak: Bedük, 2011: 22.

PUKÖ (Planla – Uygula – Kontrol Et – Önlem Al), orijinali PDCA (Plan, Do, Check, Act). Bu süreçte yer alan her bir ana safhanın alt safhaları şu şekilde gerçekleşir (Bakan, 2006: 324):

1. Planla

- Amacın belirlenmesi
- Mevcut durumun analiz edilmesi
- Sebep analizi
- Ayrıntılı uygulama planının hazırlanması

2. Uygula

- Faaliyet planını gerçekleştirmek
- İlgili kişileri bilgilendirmek
- Uygulama sonuçlarını yakından takip etmek

3. Kontrol Et

- Hedeflere ulaşılma durumunu kontrol etmek
- Hedeften olan ve olabilecek sapmaları kontrol etmek
- İlgili kişileri bilgilendirmeyi kontrol etmek

4. Önlem Al

- Etkili önlemleri standartlaştırmak
- Gerekli eğitim ve yönlendirme çalışmalarını yapmak
- Kalıcı bir izleme sistemi kurmak

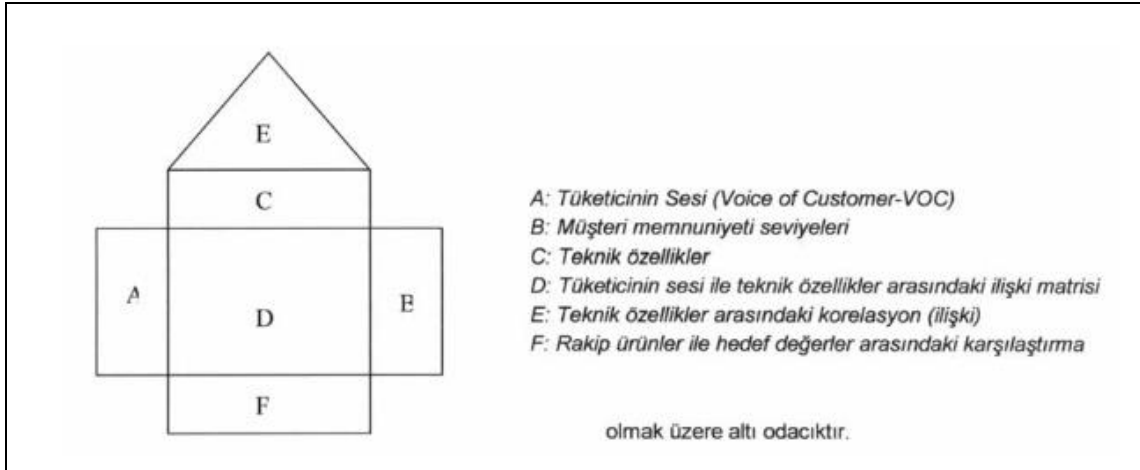
Hastanelerde verimliliğin sağlanması ve sürdürülmesi için, kurumun vizyonuna ve misyonuna bağlı olarak yürütülen her uygulamada planlama, uygulama, kontrol ve önlem alma döngüsü kullanılmalıdır. Bu sayede hasta ve çalışanlara yönelik en iyi sonuçlar elde edilebilir. Önceden kontrol işlevi ön planda olan bir anlayıştan, günümüzde sağlık organizasyonlarının sürekli gelişmesine yönelik, kurumsal hedeflerin tüm birimlerce benimsendiği bir sistem anlayışına geçilmiştir. Hastanelerde etkinlik ve verimlilik çalışmaları hastaya sunulan her sağlık hizmetinden, kurumun tüm faaliyetlerini kapsayan her bir uygulamaya kadar kurulması gereken bir sistem ile

mümkündür (Er, 2018: 20). PUKÖ döngüsü bu sistemdeki istenmeyen hataların kaynağının bulunmasını sağlayarak iyileştirme çalışmalarına imkân sağlar. Böylece problemler çözülür, süreçler iyileştirilir ve kaliteli hizmet sunumu gerçekleştirilir.

1.2.4.10. Yoji Akao'nun Kalite Felsefesi

Yoji Akao (1928-2016), TKY'de 1966 yılında Japonya'da "Kalite Fonksiyon Yayılımı" ya da "Kalite Fonksiyon Göçerimi" (KFG) ile ifade edilen kavramı ortaya koyan kişidir. KFG yöntemi mal ve hizmetlerin müşteri gereksinimlerine göre tasarlanması gerektiği felsefesine dayanmaktadır. Akao bu yöntemi ilk kez 1972 yılında Mitsubishi'nin Kobe'deki Gemi Tersanelerinde uygulamıştır (Elevli, 2010: 8).

KFG, müşterinin sesini ürün tasarımlarına dönüştürmeye yönelik proaktif bir yöntemdir. Başka bir ifadeyle KFG, müşteri gereksinimlerini tespit ederek bu gereksinimleri mal ve hizmetlerin niteliklerine dönüştüren bir araçtır. KFG müşterinin sesi olarak, müşterinin ihtiyaçlarının karşılanmasını sağlar. Müşterinin sesi; onlarla yüz yüze yapılan görüşmeler, anketler, gözlemler, benchmarking uygulamaları, saha raporları, müşterilerin mal ve hizmet ile ilgili görüşlerinin kaydedilmesi gibi çeşitli yollarla elde edilmektedir (Bedük, 2011: 51). KFG'nin asıl amacı kaliteli mal veya hizmet üretmek ve var olan ürünlerin kalitesini yükseltmektir. KFG'de kullanılan kalite evi kavramı, müşteri istek ve ihtiyaçlarıyla bunları karşılamaya dönük kalite özelliklerinin objektif ölçülerle karşılaştırılarak aralarındaki korelasyonları belirlemeye yarayan matrisler toplamıdır (Uçkun vd, 2002: 156). Kalite evi KFG'de kullanılan temel bir planlama aracıdır. Kalite evi matrisi, pazar araştırmaları ve karşılaştırmalar sonucu elde edilen verilerle müşteri isteklerini, yeni bir mal veya hizmet tasarımıyla karşılanacak mühendislik hedeflerine dönüştürür. Farklı disiplinlerden uzmanların katılımı ile oluşturulmuş bir takım çalışmasıdır. Kalite evi müşterinin sesini yani isteklerini tasarım özelliklerine çevirir ve bunların nasıl karşılanacağını ortaya koyar (Yapraklı ve Güzel, 2010: 460). Kalite evinin temel kısımları aşağıda Şekil 1. 6'da gösterilmektedir.



Şekil 1. 6. Kalite Evinin Temel Kısımları

Kaynak: Güllü ve Ulcay, 2002: 74.

Kalite evini oluştururken izlenmesi gereken adımlar vardır. Öncelikle müşteri beklentileri listesi oluşturulmalı “ne yapılacak” (A) karar verilmelidir. Sonraki aşamada, bu isteklerin ne kadarının karşılandığını ortaya koyan müşteri memnuniyeti seviyeleri “mevcut durum” (B) belirlenir. Bu doğrultuda yapılacaklara karar verilip, gerekli olan teknik özellikler (C) “nasıl yapılacak” sorusu ile belirlenir. Müşteri beklentileri ile teknik özellikler arasındaki ilişki matrisi (D) oluşturulur. Teknik özelliklerin kendi arasındaki iç ilişkilerini gösteren korelasyon analizi (E) oluşturulur. İşletmenin amaçları doğrultusunda ürünün miktarını belirlemeye yönelik “ne kadar” sorusunun cevabı rakip ürünler ile hedef değerler arasındaki karşılaştırmalar (F) sonucu ortaya konur. Sağlık sektörünün başlıca unsuru olan hastanelerde hastaların, hasta yakınlarının ve çalışanların istedikleri memnuniyetin, konforun sağlanabilmesi kaliteli sağlık hizmeti ile gerçekleşebilir. Sunulan sağlık hizmetinin kalitesi ise ergonomik olarak hasta, hasta yakını ve çalışanların istek ve ihtiyaçlarına uygun, tasarımlarla gerçekleşebilir. Hastalar sağlık kuruluşunu değerlendirirken almış oldukları sağlık hizmetinin yanında, kuruluşun fiziki olanaklarını, sunulan konforu, hizmet sunumunda kullanılan modern araç-gereç ve donanımları da göz önünde bulundurmaktadır. Bu faktörler de hasta memnuniyetinin sağlanmasında ve sağlık kuruluşunun tercih edilmesinde oldukça etkilidir. Dolayısıyla günümüzde rekabete önem veren tüm sağlık organizasyonlarında sunulan hizmet kalitesi yanında tasarım kalitesinin de ön plana çıktığı gözlenmektedir.

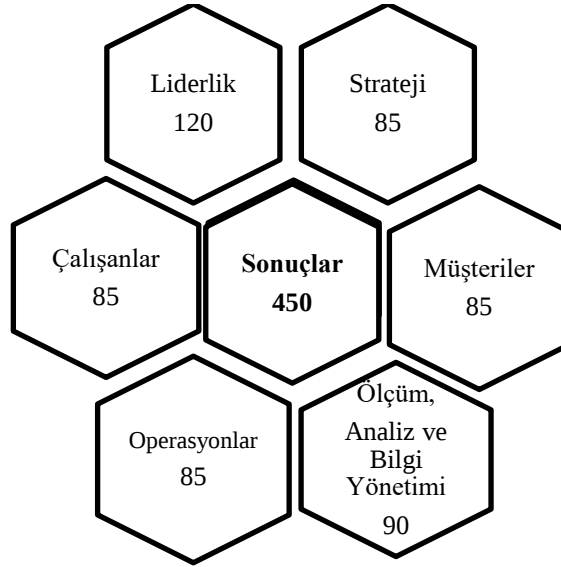
1.2.5. Sağlık Kurumlarında Uygulanan Uluslararası Kalite Ödülleri

Rekabet olgusu günümüzde küresel boyutta olup, artarak devam etmektedir. Bu durum kaliteye duyulan ilgiyi arttırmaktadır. Organizasyonların rekabet edebilmeleri için kalite uygulamalarına başvurmaları ve bu konuda çaba sarf etmeleri gerekmektedir. Bu doğrultuda organizasyonların kalite konusundaki pozisyonlarını belirlemek, kaliteyi iyileştirmek ve Toplam Kalite Yönetimi modeli olarak kabul edilmek üzere birçok uluslararası kalite ödülleri kullanılmaktadır. TKY kapsamında verilen ödüllerin modelleri arasında bazı farklılıklar bulunsa da ilke ve yöntemleri birbirine benzemektedir. Bu modeller organizasyonlardaki Toplam Kalite Yönetimi oluşumuna katkı sağlamaktadır.

1.2.5.1. *Malcolm Baldrige Ulusal Kalite Ödülü (MBNQA)*

Malcolm Baldrige Ulusal Ödülü, 1987’de ABD Başkanı Ronald Reagan tarafından kabinesinde yer almış olan ticaret bakanının adının verilmesi ile oluşturulmuştur. Ödülün seçim kategorileri üretim ve hizmet organizasyonları ve küçük işletmeleri içermektedir. Ödül, kalite konusundaki farkındalığın geliştirilmesinin teşvikini, Amerika Birleşik Devletleri organizasyonlarının kalite başarılarının tanınmasının sağlanması ve başarılı kalite stratejilerinin paylaşılmasını amaçlamaktadır. Küçük iş yerleri, büyük üreticiler ve hizmet şirketleri olmak üzere her üç kategori için yılda bir ödül verilmektedir. Ödül kazanan organizasyonların başarı hikayelerini diğerleriyle paylaşmaları beklenmektedir. Baldrige Ödülü için gerekli olan seçim koşullarını oluşturan ana kriterler yedi farklı kategoride ele alınmaktadır. 1000 değerindeki toplam puan bu yedi farklı kategoriye dağıtılmıştır. Ayrıca her kategori kendi içinde de alt kriterlere sahiptir. Baldrige Ödülünün ilk kez verilmesinden itibaren kategori sayısı aynı kalmakla birlikte, kategorilerde yer alan inceleme maddeleri ve bu inceleme maddelerine denk düşen puan değerlerinin değiştiği görülmektedir. Temel kriterler toplamda 1000 puana tamamlanacak şekilde puanlanır. İnceleme maddelerinde kalite sistemi temel gereklilikleri esas alınmaktadır. 1997’de ödülün kriterleri revize edilmiştir. Revizyonda müşteri ve pazar tarafından yönlendirilen stratejiye, bilgi ve analizin rolüne ve işletme sonuçlarına odaklanılmıştır. Yeniden değerlendirilen kriterlerde özellikle vurgulanan noktalardan ilki şirket stratejisinin etkin performans yönetiminde artan önemidir. Bir diğer vurgulanan nokta, müşteri memnuniyeti dahil

olmak üzere tüm işletme sonuçlarının paralel ve bütünsel bir yaklaşımla ele alınması gerektiğidir (Çetin, 2010: 383). Modelin kriterleri içerisinde en yüksek değer 450 puan ile “sonuçlar” kriterine verilmiş iken, bu kriteri 120 puanla “liderlik” kriteri ve 90 puanla “ölçüm, analiz ve bilgi yönetimi” kriteri takip eder. Malcolm Baldrige ödül kriterleri ve ağırlık puanları aşağıda Şekil 1. 7’de gösterilmektedir.



Şekil 1. 7. Malcolm Baldrige Ödül Kriterleri ve Değerleri

Kaynak: Baldrige Performance Excellence Program, 2019.

(Metinden şekle dönüştürülmüştür).

Malcolm Baldrige Ödülü 7 temel kriterden oluşmaktadır. Bu kriterler;

(1) Liderlik üst düzey yöneticilerin kuruluşu nasıl yönettiğini inceler ve organizasyonun yönetim, etik, yasal ve toplumsal sorumluluklarını nasıl ele aldığını inceler.

(2) Strateji, organizasyonun stratejik hedefleri nasıl oluşturduğu ve eylem planlarını nasıl uyguladığını inceler.

(3) Müşteriler organizasyonun gereksinimleri nasıl belirlediğini değerlendirir ve müşterilerin ve piyasaların beklentilerini; organizasyonların müşterileri ile kurdukları ilişkileri, yeni müşterileri edinmeleri, müşterilerini tatmin etmeleri ve onlarla bağlılıklarını sürdürmelerini inceler.

(4) Ölçüm, analiz ve bilgi yönetimi, organizasyonun temel fonksiyonlarının yürütülmesinde ve kuruluşun performansının değerlendirilmesinde veri ve bilgilerin yönetimini, kullanımını, analizini ve iyileştirmesini inceler.

(5) İşgücü, organizasyonun faaliyetlerini nasıl yürüttüğünü, yönettiğini ve geliştiğini inceler. Organizasyonun amacını gerçekleştirmek için çalışanın hedefleriyle organizasyonun hedeflerinin uyumu incelenir.

(6) Operasyonlar, üretimi ve teslimat sürecini inceler, destek süreçleri tasarlanır, yönetilir ve geliştirilir.

(7) Sonuçlar, organizasyonun performans ve gelişimi incelenir. İş alanları: müşteri memnuniyeti, finansal ve pazar performansı, işgücü, mal/hizmet ve operasyonel etkinlik ve liderlik kategorileri ile kuruluşun rakiplere göre nasıl bir performans sergilediği de incelenir (Baldrige Performance Excellence Program, 2019).

1.2.5.2. Deming Ödülü

Deming ödülü Japonya’da 1951 yılında Japon Bilim Adamları ve Mühendisler Birliği tarafından kurulmuştur. Bu ödül W. Edward Deming’i onore etmek üzere düzenlenmiştir. Deming Ödülü’nde üç kategori bulunmaktadır. Bunlar (Efil, 2010: 373);

- Bireysel Deming Ödülü
- Deming Uygulama Ödülü
- Fabrikalar için Kalite Kontrol Ödülüdür.

Bu ödüllere 1970 yılında Japon Kalite Kontrol Ödülü de eklenmiştir. Deming Ödülü’ne özel ve kamu organizasyonları, bölüm bazında işletmeler ile birlikte denizaşırı bölgelerde yer alan firmalar katılabilmektedir. Ancak “Bireysel Deming Ödülü” sadece Japon adaylara açıktır. Deming ödülü, organizasyon çapında kalite kontrol faaliyetlerinin başarılı bir şekilde uygulanmasını ödüllendirmek amacıyla verilmektedir. Deming Ödülü kriterleri üç ana başlıkta sıralanmaktadır (Deming Prize, 2020):

A. İş hedeflerinin ve stratejilerinin belirlenmesi ve üst yönetimin liderliği (100 puan).

I. Proaktif müşteri odaklı iş hedeflerinin oluşturulması ve stratejiler.

II. Üst yönetimin rolü ve yerine getirilmesi.

B. TKY'nin uygun kullanımı ve uygulanması (100 puan).

III. TKY'nin sağlanması ve uygulanması için iş hedefleri ve stratejilerinin uygun kullanımı.

1. İş hedeflerinin ve stratejilerinin örgütsel dağıtımı.

2. Müşteri anlayışına dayalı yeni değerlerin yaratılması; sosyal ihtiyaçlar, teknoloji ve iş modelinin inovasyonu.

3. Mal ve hizmet kalitesinin yönetimi ve/veya iş sürecinin iyileştirilmesi.

4. Tedarik zinciri boyunca kalite, miktar, teslimat, maliyet, güvenlik, çevre vb. çapraz işlevli yönetim sistemlerinin kurulması ve işletilmesi.

5. Bilginin toplanması ve analizi, bilginin biriktirilmesi ve kullanılması.

6. İnsan kaynağının ve organizasyon kapasitesinin geliştirilmesi ve aktif kullanımı.

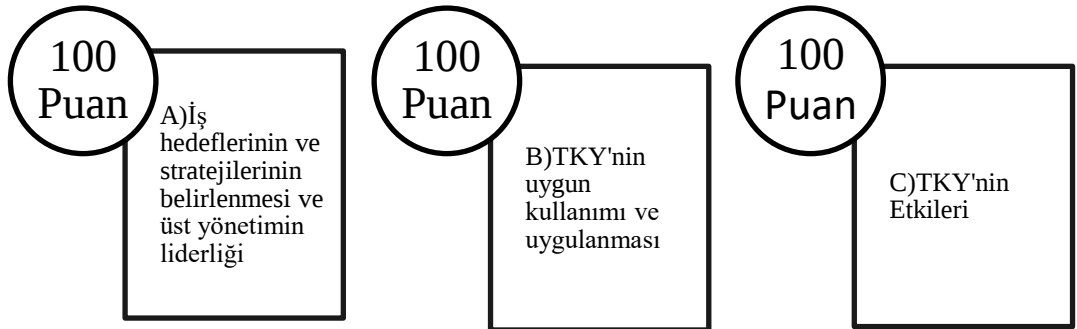
7. Kurumun sosyal sorumluluk girişimleri.

C. TKY'nin Etkileri (100 puan).

IV. TKY'nin kullanılması ve uygulanmasıyla iş hedefleri ve stratejileri ile ilgili elde edilen etkiler.

V. Üstün faaliyetler ve örgütsel yeteneklerin kazanılması.

Deming ödülü ana kriterleri ve kriter puanları Şekil 1. 8'de gösterilmektedir.



Şekil 1. 8. Deming Ödülü Temel Kriterleri ve Değerleri

Kaynak: Deming Prize, 2020.

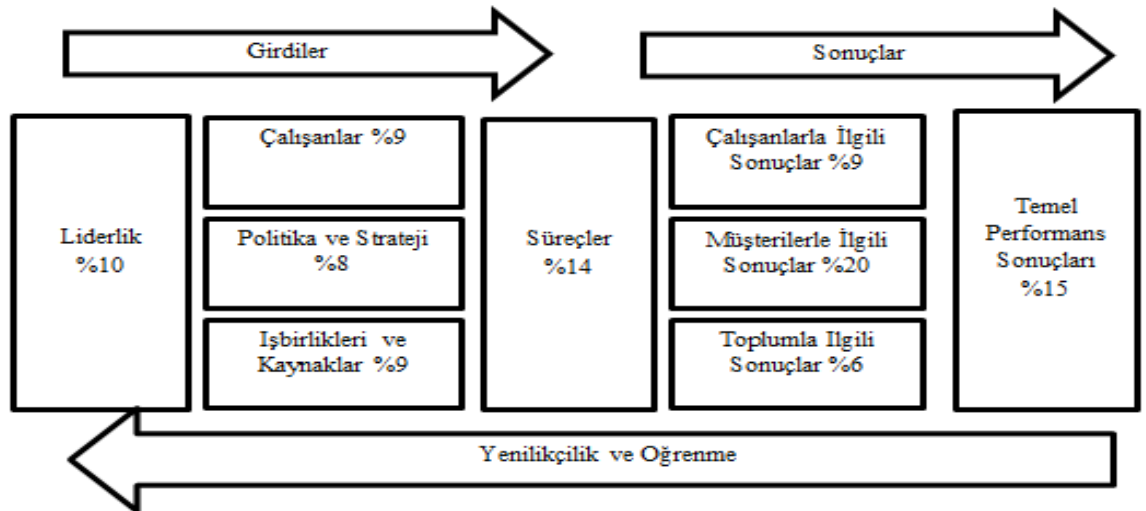
(Metinden şekle dönüştürülmüştür).

1.2.5.3. EFQM Avrupa Kalite Ödülü

Baldrige Ödülü'nün başarılı olmasından sonra 1988 yılında 14 büyük ölçekli Avrupa orjinli uluslararası firmalar, toplam kalite yönetim ilkelerini Batı Avrupa'da

teşvik etmek amacıyla, Avrupa Kalite Yönetim Vakfı'nı (EFQM) kurmuşlardır. EFQM Avrupa Kalite Ödülü, Avrupa'nın küresel rekabette öncülük şansını arttırmayı hedefleyen Avrupa Kalite Yönetim Vakfı tarafından oluşturulmuş ve geliştirilmiştir. Organizasyonlarda toplam kalite uygulamalarında yöneticilerin ve çalışanların bir takım zorluklar yaşaması, toplam kalite uygulamalarında organizasyonlara yol gösterecek, onları yönlendirecek bir model ihtiyacını ortaya çıkarmıştır. Bu ihtiyaç doğrultusunda kalite uygulamalarını çeşitli kriterler altında toplayan ve kalite felsefesine sistematik bir anlayış getiren ilk model (EFQM Mükemmellik Modeli), 1991 yılında EFQM tarafından oluşturulmuştur. EFQM Mükemmellik Modeli çerçevesinde ilk ödül 1992 yılında verilmiştir. Avrupa Kalite Organizasyonu (EOQ) ve Avrupa Komisyonu (EC) de bu ödüle destek vermektedir (Efil, 2010: 374- 379). EFQM Avrupa Kalite Ödülüne özel ve kamu olmak üzere tüm organizasyonlar başvuruda bulunabilmektedir.

EFQM Mükemmellik Modeli en son 2019 yılında güncellenmiştir. Modelin 2019 versiyonuna ikinci bölümde yer verilecektir. 2010 yılından 2019 yılına kadar kullanılan EFQM Mükemmellik Modeli işletmeye ait 5 girdi kriteri ile bu kriterlerin doğrultusunda oluşan 4 sonuç kriteri olmak üzere toplam 9 kriterden oluşmaktadır. Model aşağıda Şekil 1. 9'da gösterilmektedir.



Şekil 1. 9. EFQM Mükemmellik Modeli

Kaynak: Türkiye Kalite Derneği (Kalder), 2019.

EFQM Mükemmellik Modeli şeklinden de anlaşılacağı gibi TKY, yüzeysel olmayıp, derinliği olan; işletmenin hiçbir unsurunun dışarıda tutulamayacağı, çok yönlü

ve çok boyutlu, çok geniş bir kavramdır. Model, daha iyi bir kalite arayışı sürecinde performansla ilgili tüm boyutlarda sürdürülebilir mükemmelliği gerçekleştirmek üzere izlenmesi gereken bir takım aşamaların olduğu gerçeği üzerine kurulmuştur. EFQM Mükemmellik Modeli, çalışanların mutluluğuna ve performansına, kaynakların verimliliğine, dış müşterilerin memnuniyetine, tedarikçilerin ve toplumun güven duygusuna ve hatta barışa olumlu katkılar sağlar (Parlak, 2004: 89).

1.2.6. Sağlık Kurumlarında Uygulanan Kalite Güvence Sistemleri

Kurumlarda istenilen amaca ulaşabilmek için yapılacak tüm işlerin belli bir sistem dahilinde düzenlenmesi gerekir. Bu nedenle kalite ödülleri ve belgelerinin birçoğu ürüne veya kişiye değil sisteme verilir. Kalite yönetim sistemi oluşturmanın ana nedeni iç ve dış müşteri tatminini devamlı bir şekilde sağlayabilmektir. İyi bir kalite sisteminin amacı, metot, materyal ve ekipmanla uyumlu ve tutarlı bir süreç sağlamaktır. Organizasyonlarda bu sürecin sağlanması ve sürdürülmesi belirli kural ve faaliyetlerin izlenmesi ile olur (Halis, 2010: 173). Kalite güvence sistemi, toplam kalite yönetimi çerçevesinde ele alınır. Toplam kalite yönetimine giriş için gerekli alt yapının hazırlanmasını gerektiren bir sistemdir. Ürünlerin müşterinin arzuladığı kaliteye uygun olarak üretilmesi için yapılması ve titizlikle uyulması gereken tüm işlemlerin sistematik bir biçimde planlanması ve hayata geçirilmesi çabalarına kalite güvence sistemi adı verilmektedir. Bu sistem üretilcek mal veya hizmetlerin tasarımından, müşteriyle buluşması ve hatta kullanım sonrasına kadar geçen süreçler için hazırlanan prosedürler, talimatlar, yönetmelikler, yönergeler ve benzer dokümanlar yardımıyla oluşturulur. Bu sayede ürünün kalitesinin beklenen doğrultuda oluşması teminat altına alınmaktadır (Eren, 2016: 128).

Kalite güvence sistemini uygularken kurum ve kuruluşlar; kendi iç yapılarında ürettikleri mal ve hizmet alanındaki tüm olguları ve girdileri, belirli bir düzende izler ve denetim altında tutarlar. Bunun yanında organizasyon, iç oluşumu ve işleyişini sürekli bir sistem içinde geliştirmek ve denetlenmek üzere yapılandırılır. Böylece hem aksayan durumların kolayca saptanması hem de düzeltilmesi yönünde önlemler alınmasına olanak sağlanır. Bütün bu uygulamalar sistemin içinde yer alan tüm birimlerin, sorumluluk anlayışı ve yetki paylaşımı sayesinde, üretken ve çözümleyici bir özellik kazanması doğrultusunda, dinamik yapılarının oluşması ve olumsuzlukları engelleyici

işlev kazanmalarını sağlamaktadır. Kalite güvence sisteminin temel olguları, sistemi etkileyen ve ilgilendiren tüm konuları, birimleri ve alanları kapsar. Bunlar (Topal, 2000: 69);

- (1) Uygulama alanı
- (2) Atıf yapılan standartlar
- (3) Kavramlar
- (4) Yönetimin sorumluluğu
- (5) Kalite yönetiminin elemanları
- (6) Kalite yönetim sisteminin mali yönleri
- (7) Pazarlamada kalite
- (8) Tasarımda kalite
- (9) Teminde (iş-zaman planında) kalite
- (10) Proseslerin kalitesi
- (11) Proseslerin yönetimi
- (12) Ürün kontrolü
- (13) Kontrol araçlarının denetimi
- (14) Hatalı ürünlerin iadesi ve yönetimi
- (15) Düzeltmelerle ilgili önlemler
- (16) Üretim sonrası görevler
- (17) Kaliteye yönelik dokümanlar
- (18) Personel durumu ve iş planı
- (19) Ürünün güvenilirliği
- (20) İstatistiksel yöntemlerin kullanımı gibi sıralandırılmaktadır.

Kalite güvence sistemine gereksinim, 1973 yılındaki petrol krizinin ardından, iş dünyasındaki önemli değişikliklere bağlı olarak ilk kez İngiltere’de ortaya çıkmıştır. Bu krizle birlikte birçok işletme piyasadan silinmiştir. Böyle bir gelişimi takiben İngiliz Standartlar Enstitüsü (BSI) uzmanları bu durumun nedenini kuruluşlarda sistematik bir uygulamanın olmayışına bağlayarak, bu konuda çeşitli incelemeler yapmışlardır. Yapılan incelemeler krize dayanabilen işletmelerin, uygulamalarında belirli bir sistematığa sahip olduklarını göstermiştir. Bu şekilde BSI tarafından asıl amaç olarak “iş sürekliliğini sağlamak üzere” başlatılan çalışmaların sonucunda 1980’li yıllarda BS 5750 olarak yayımlanan standartlar, 1987’de ISO tarafından ISO 9000 standart serisinin

de çekirdeğini oluşturmuştur. Aynı standart, Avrupa Birliği'nin (AB) oluşumunu takiben EN 29000 olarak yayımlanmıştır. ISO tarafından da belirtildiği üzere her standardın beş yılda bir gözden geçirilerek, değişen gereksinimler doğrultusunda revize edilip, yeniden yayınlanmasına karar verilmiştir (Kalder, 1999: 31). Kalite iyileştirmeye yönelik çabalar öncelikle üretim sürecinde başlamış, sonraki dönemlerde ise tüm işletme faaliyetlerini kapsayan bir boyut kazanmıştır (Küçük, 2010: 214). Kalite güvence sistemi (KGS) malın, hizmetin ve sürecin garanti altına alınması için gerekli işlemlerin gerçekleştirilmesini vurgulayan bir yaklaşımdır. Kalite güvencesi, bir mal veya hizmetin belirli kalite isteklerine uygunluğunu yeterli düzeyde güvence altına almaya ve desteklemeye yönelik olarak uygulanması gerekli tüm planlı ve sistematik faaliyetleri kapsar (Çetin, Akın ve Erol, 1998: 364).

Kalite güvencesi kuruluş içi ve kuruluş dışı olmak üzere iki aşamalıdır. Kuruluş içi kalite güvencesi; istenilen kaliteye ulaşılması için kuruluş yönetimine güven vermeyi amaçlayan faaliyetleri içerir. Kuruluş dışı kalite güvencesi ise, tedarikçinin kalite sistemi ile ilgilidir ve bu sistemin alıcının belirlediği kalite isteklerine göre mal veya hizmeti sağladığı hususunda güven vermeyi amaçlayan faaliyetleri içerir (Peşkircioğlu, 1999: 45).

1.2.6.1. Uluslararası Standart Organizasyonu (ISO) ve Türk Standartları Enstitüsü (TSE)

Uluslararası Standart Organizasyonu (ISO) (International Organization for Standardization), organizasyonlarda kaliteyi sağlamak ve sürdürmek için uluslararası standartları belirleyen bir kuruluştur. ISO, 1947 yılında kurulmuş ve günümüzde Türkiye ve birçok ülkede temsilci kuruluşlarıyla faaliyetlerine devam etmektedir. ISO'nun temelde iki amacı vardır (Küçük, 2010: 30);

- Uluslararası alanda mal ve hizmet alışverişini kolaylaştırmak,
- Bilimsel, teknik ve ekonomik alanlarda anlaşmazlıkları önlemek ve karşılıklı anlaşmayı sağlamak için dünya genelinde gerekli olan standardizasyonu sağlamak ve geliştirmektir.

ISO standart ve uygulamalarının ülkemizde yürütülmesini sağlayan Türk Standartları Enstitüsü (TSE), 1960 yılında kurulmuş olup, ISO'nun hem üyesi hem de

Türkiye'deki tek yetkili temsilcisidir. Organizasyonlarda kalite güvence sisteminin kurulması açısından TSE, ISO tarafından belirlenen standartların Türkiye'de uygulanmasını sağlar. TSE'nin görevleri şunlardır (Türk Standartları Enstitüsü, 2021):

- (1) Kurumlar için her türlü standardı oluşturmak.
- (2) Kurum içinde veya dışında hazırlanan standartları incelemek, uygun bulunanları Türk Standartları olarak kabul etmek.
- (3) Kabul gören standartları yayınlamak ve istekli olarak uygulanmasının teşvikini sağlamak, zorunlu olarak yürürlüğe konmalarında fayda tespit edilenleri ilgili bakanlığın onayına sunmak.
- (4) Kamu sektörü ve özel sektörün talebi doğrultusunda standartları veya projelerini hazırlamak, konu hakkında görüş bildirmek.
- (5) Standartlar konusunda araştırmalar yapmak ve yabancı ülkelerdeki benzer çalışmaları takip etmek, aynı zamanda uluslararası ve yabancı standart kurumları ile iletişim halinde olup iş birliği yapmak.
- (6) Üniversitelerle, bilimsel ve teknik kurum ve kuruluşlarla iş birliği yapmak, standardizasyon konularında yayın yapmak, ulusal ve uluslararası arşivler oluşturarak isteyenlerin faydalanmalarını sağlamak.
- (7) Standartların uygulanmasının kontrolü için laboratuvarlar kurmak, kamu veya özel sektörün isteği üzerine teknik çalışmalar yaparak rapor etmek.
- (8) Ülkemizde standart uygulamalarının yerleştirilmesi ve geliştirilmesi için personelin yetiştirilmesini sağlamak, kurslar açmak, seminerler düzenlemek.
- (9) İstenilen standartları sağlayan kaliteli mal/hizmeti teşvik edecek çalışmaları yapmak ve gerekli belgeleri hazırlamak.
- (10) Metroloji (ölçübilim) ve kalibrasyon konularında çalışmalar yapmak, gerekli laboratuvarları kurmak.

1.2.6.2. ISO 9000 Kalite Standartları Serisi

ISO 9000 Kalite Standartları Serisi 1980 yılında Uluslararası Standartlar Örgütü (International Organization for Standardization) tarafından başlatılmış, zaman içerisinde geliştirilerek 1987 yılında yayınlanmıştır. Uluslararası ticaretin zamanla artması ve karmaşıklaşması, ISO'nun, standartlar konusunda yenilikler yapmasını zorunlu kılmış, 1987 yılına kadar ürün standartları yayınlamışken bu tarihten sonra sistem standartları

da yayınlamaya başlamıştır. Bundan dolayı, Kalite Güvence ve Yönetim Sistemleri Standartları, ISO 9000 adıyla yayınlanmıştır (Bağrıaçık, 1995: 14). Toplam kalite yönetiminde ISO 9000, organizasyonlarda kaliteyi etkileyen tüm süreçlerde, kalitesizliğin oluşmasını önleyici bir denetim mekanizması oluşturmayı hedeflemiştir. Bu süreçlerde yer alan insan- makine- bilgi faktörleri arasındaki uyumu en uygun kalite-verimlilik-maliyet ilişkisi içinde ve uluslararası standartlarda gerçekleştirebilecek teknik ve idari prosedürleri oluşturmaktadır (Işığışık, 2012: 34).

ISO 9000 standartları bitmiş bir ürünün ya da sunulmuş bir hizmetin kalitesini ölçmek yerine, sistemin en başından kontrole gerek bırakmayacak şekilde güvence altına alınması esasına dayanır. Diğer bir ifadeyle organizasyonun sistem olarak belirli kalitede mamul üretilip üretemeyeceğine bakar. Bu doğrultuda geliştirilen ISO 9000 Kalite Standartları Serisi, etkili bir yönetim sisteminin nasıl kurulabileceğini, doküman edilebileceğini ve sürdürülebileceğini göz önüne sermektedir (Halis, 2010: 174).

ISO 9000 serisinde, 1994, 2000 ve 2008 yıllarında köklü değişimler olmuştur. Bu nedenle, ilgili değişikliklerin yapıldığı yıl versiyonları ISO 9001: 1994, ISO 9001: 2000 ve ISO 9001: 2008 olarak ifade edilmektedir. ISO'nun 1987 versiyonu, doğru üretim ve hata yakalamaya odaklanmış iken, 1994 versiyonu bunlara ek olarak hata önleme konusuna odaklanmıştır. Aynı şekilde 2000 versiyonu daha öncekilere ek olarak sürekli iyileştirmeye odaklanmıştır. 2008 versiyonunda ise, dağıtım sonrası faaliyetler, yapılan eylemlerin etkinliğini gözden geçirme, teslimat ve sonuca odaklanma, dış kaynaklı süreçlerin kontrolü, bilgi sistemi, yeterlilik, müşteri memnuniyeti gibi konular başta olmak üzere 74 adet değişiklik ile; yeni ifadelerin eklenmesi, değiştirilmesi ya da kaldırılmasıyla yapılmıştır (Efil, 2010: 244 ve 361). ISO 9000 serisi, farklı ülkelerde farklı kodlarla ifade edilmektedir. Ülkemizde, Avrupa ile uyumluluk veya eşdeğer normlar nedeniyle, TS EN ISO 9001: 2008 adıyla kullanılmaktadır (Efil, 2010: 245).

TS EN ISO 9000 serisi 4 temel standarttan oluşmaktadır (Efil, 2010: 300):

- TS EN ISO 9000: 2007 Kalite Yönetim Sistemleri- Temel Kavramlar, Terimler ve Tarifler.
- TS EN ISO 9001: 2008 Kalite Yönetim Sistemleri- Şartlar.
- TS EN ISO 9004: 2009 Kalite Yönetim Sistemleri- Performans İyileştirmeleri için Kılavuz (Sürdürülebilir Başarı İçin Yönetme).

- TS EN ISO 19011: 2002 Çevre ve Kalite Yönetim Sistemleri Tetkik Kılavuzu.

ISO 9000'ler TKY'nin uygulanmasında bir adımdır, fakat ayrılamaz iki unsur değildir. Yani TKY mutlaka ISO 9000 sisteminin varlığını zorunlu kılmaz. Aynı zamanda ISO 9000 sistemini kullanan her organizasyonun da TKY'yi uyguluyor olması şart değildir. TKY, bütün yönetim biçimlerini kapsayan bir yönetim biçimi ve felsefesidir. İstatistiki süreç kontrol, kalite güvence sistemleri olan ISO 9000 Kalite Standartları toplam kalite kapsamında oluşturulmuştur (Freeman, 1994: 155).

ISO 9001: 2008 Kalite Yönetim Sistemi, müşteri beklentilerini karşılayan mal ve hizmeti üretmek ve sürekliliğini sağlayarak rekabet üstünlüğü yaratmak isteyen organizasyonlara yardımcı olur. Organizasyonun örgütsel yapısından müşterilerinin memnuniyet düzeylerine, toplanan verilerin analiz edilmesinden süreçlerin etkin yönetimi için kontrolüne, iç denetimlerden ürün tasarımına, tedarik aşamasından satışa kadar pek çok konuda kalite yönetimi sistem koşullarını belirler. ISO 9001: 2008 belgesi mal veya hizmetin kendisine değil, onu üreten sistemin tamamına yöneliktir (Elevli, 2010: 67). Organizasyonları daha iyi bir performansa yönleltmek ve rekabet gücünü arttırmak amacıyla kullanılan TSE EN ISO 9001: 2008 Kalite Yönetim Sistemi, Toplam Kalite Yönetimi temel prensiplerini içinde barındıran 8 temel ilkeye sahiptir (Işığışık, 2012: 48):

- (1) Müşteri odaklılık
- (2) Liderlik
- (3) Çalışanların katılımı
- (4) Proses yaklaşımı
- (5) Yönetimde sistem yaklaşımı
- (6) Sürekli İyileştirme
- (7) Karar vermede gerçekçi (durumsal) yaklaşım
- (8) Karşılıklı yarara dayalı tedarikçi/paydaş ilişkileri

TS EN ISO 9001: 2008 Kalite yönetim sistemin sağlayacağı faydaları şu şekilde özetleyebiliriz (Efil, 2010: 356):

- Roller, sorumluluklar ve yetkiler açıkça bilinir.
- Belirsizlikler azalır ve mal ya da hizmet performansı artar.
- Süreçlerde sürekli iyileşme sağlanarak organizasyonda canlılık sağlanır.

- Motivasyon arttırılarak katılım ve iş birlikleri artar.
- Tedarikçi kalitesi sağlanarak teslimatların sistemli bir şekilde yürütülmesi müşteri güvenini arttırır.
- Kalite bilinci oluşur ve tüm örgütte yaygınlaşır.
- Organizasyona uluslararası tanınma fırsatı sağlayarak yeni pazarlar yaratır.
- Organizasyona dünyayı tanıma fırsatı sağlar.

TS EN ISO 9001: 2008 Kalite Yönetim Sistemi standardı dışında, TS EN ISO 14001 Çevre Yönetim Sistemi, TS 18001 İş Sağlığı ve Güvenliği Yönetim Sistemi (İSG-OHSAS), TS EN 22000 Gıda Güvenliği Yönetim Sistemi, TS ISO/IEC 27001 Bilgi Güvenliği Yönetim Sistemi, TS EN ISO 13485: 2003 Tıbbi Cihazlar Yönetim Sistemi ve TS ISO 10002 Müşteri Memnuniyeti Yönetim Sistemi adı verilen sistemler de kullanılmaktadır. Bu belirtilen kalite yönetim sistemleri konusunda ülkemizde eğitim ve belgelendirme yetkisi bulunan tek resmi kuruluşumuz Türk Standartları Enstitüsü'dür (TSE) (Burnak, 1997: 17).

1.2.6.3.EN 45000 Akreditasyon Standartları

Akreditasyon; uygunluk değerlendirme kuruluşlarının yaptıkları çalışmalar sonucunda düzenledikleri uygunluk teyit belgelerinin (deney ve muayene raporları, kalibrasyon sertifikaları, yönetim sistemi belgeleri, ürün belgeleri, personel belgeleri vb.) güvenilirliğini ve geçerliliğini destekleyen, bu amaçla oluşturulmuş kalite alt yapısıdır (Türk Akreditasyon Kurumu, 2021). Üçüncü taraf değerlendirme tekniği olarak akreditasyon, organizasyonlarda güvenirliliğin sağlanması ve devamlılığı için önemli bir araçtır. Belgelendirme kuruluşlarının düzenlediği belgelere ya da test kuruluşlarının yapmış olduğu testlere güvenilebilmesi için, bu kuruluşların belirlenen uluslararası kriterlere göre çalışıyor olduğunun belgelenmesi gerekir. Avrupa Birliği'nde bu kriterler EN 45000 Standartlar serisinde açıklanmıştır (Çetinkaya, 2000: 64).

Türkiye ve Avrupa Birliği arasında imzalanan Gümrük Birliği Anlaşması çerçevesinde, ülkemizdeki test ve belgelendirme işlemlerinin de AB normlarına uygun bir şekilde gerçekleştirilmesi gerekmektedir. Bu yüzden ülkemizde AB sistemine uygun bir akreditasyon sisteminin oluşturulması amacıyla, “Türkiye Akreditasyon Konseyi Kuruluş Kanun Taslağı” hazırlanmıştır (Küçük, 2010: 86).

1.2.6.4. HACCP Gıda Güvenliği Yönetim Sistemi Belgesi

Tehlike Analizi ve Kritik Kontrol Noktaları (HACCP, Hazard Analysis and Critical Control Points), gıda ile ilgili risklerin belirlenmesi ve ilgili önlemlerin alınması için sistematik bir yaklaşımdır. HACCP sistemi organizasyonların, gıda güvenliğini etkileyen tehlikelerin analizine; gıda üretim sürecinde kritik kontrol noktalarında kontrol limitlerinin sistematik olarak tanımlanması ve uygulanmasına odaklanmalarını sağlar. Kısaca HACCP, güvenli bir gıda yönetim sisteminin gerekliliklerini tanımlar (Küçük, 2010: 89).

1.2.6.5. ISO 22000: 2005 Gıda Güvenliği Yönetimi Sistemleri Belgesi

ISO 22000: 2005 Gıda Güvenliği Yönetimi Sistemi Standardı, ISO ve HACCP standartlarının entegrasyonu sonucu oluşturulmuş, 2005 Kasım ayında yayınlamıştır. ISO 22000: 2005 Gıda Güvenliği Yönetimi Sistemi Standardı, bütün dünyada “güvenli gıda”yı hedeflemektedir. Gıda Güvenliği Yönetim sistemi, gıda zinciri boyunca ilk üretimden başlayarak tüketime kadar olan tüm aşamalarda “güvenli gıdanın” sağlanmasını amaçlayan “güvenli gıda” için yasal şartların da ötesine geçmek isteyen organizasyonlara bu konudaki gereklilikleri tanımlar. Gıda Güvenliği Yönetimi Sistemi Standardı paketleme firmaları da dahil tarladan sofraya kadar geçen süreçte gıda zincirinde yer alan tüm kuruluşları kapsar. Bu standart gıda güvenliğini sağlamak için, iletişim, sistematik yönetim, ön gereksinim programları ve HACCP planları vasıtasıyla gıda güvenliği tehlikelerinin kontrolünü sağlamayı, aynı zamanda sürekli iyileştirme için sistematik bir altyapı oluşturmayı hedefler (Elevli, 2010: 72).

Sağlık kurumlarında kaliteyi geliştirmek amacıyla ISO 9000 kalite standartları ile akreditasyon standartları birlikte kullanılmaktadır. Bununla birlikte EFQM Avrupa Kalite Ödülü, MBNQA (Malcolm Baldrige Ulusal Kalite Ödülü) ve Deming Ödülü dünyada sağlık hizmetlerinde başvuru olan temel kalite değerlendirme mekanizmalarıdır (Kırgın, 2011: 27). EFQM Mükemmellik Modeli sağlık kurumlarında mevcut sağlık hizmeti süreçlerini iyileştirmek ve performansı artırmak için bir yol sunmakta, aynı zamanda ödül sayesinde motivasyonlarını arttırmaktadır.

2. BÖLÜM: SAĞLIK KURUMLARINDA EFQM MÜKEMMELLİK MODELİ UYGULAMASI

2.1. EFQM MÜKEMMELLİK MODELİNE GENEL BAKIŞ

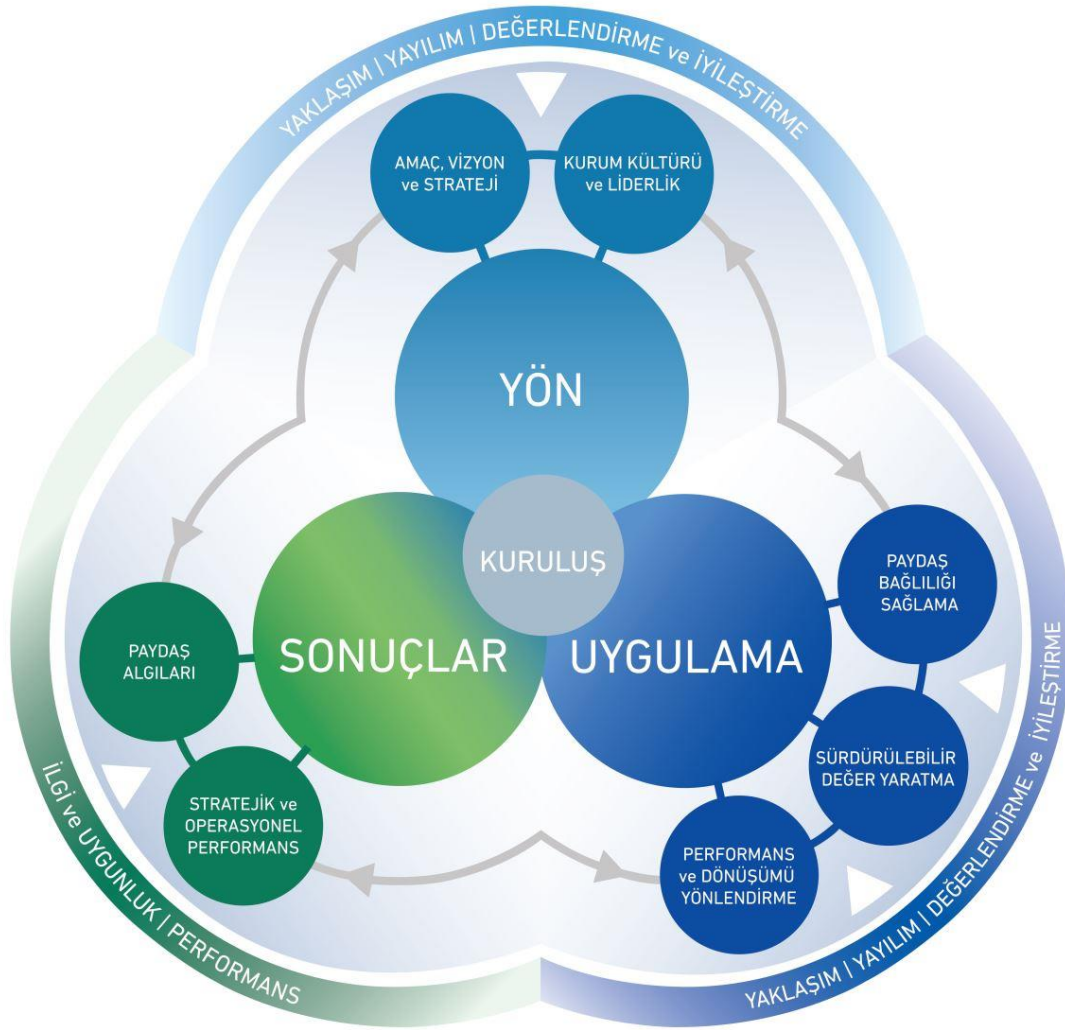
Günümüz değişen ve gelişen iş dünyasında kuruluşların vazgeçilmez temel unsuru müşteri memnuniyeti, dolayısıyla kalitedir. Özel kuruluşların yanında, kamu kuruluşları da hizmet üretiminde değişimden etkilenerek, müşteri odaklı davranmak zorundadır. Ayrıca, süreçlerini değişime ayak uyduracak şekilde düzenlemelidirler. Bu bakımdan sürekli iyileştirme faaliyetlerine önem vermelidirler. Kuruluşlar sürekli iyileştirmeyeyle etkinliklerini arttırarak, harcamalarındaki verimliliği de arttırmaktadırlar. Bu nedenle günümüzde kuruluşların çoğu, EFQM (European Foundation for Quality Management) (Avrupa Kalite Yönetim Vakfı) mükemmellik modelini kullanarak kendilerini geliştirmeye çalışmaktadır (Erkan, 2011: 167).

EFQM Mükemmellik Modeli ile kuruluşlar mükemmellik seviyelerini belirleyebilmektedirler. Kuruluşlar modeli örnek alarak, Toplam Kalite Yönetimi (TKY) açısından özdeğerlendirme yapma imkânı bulacak, güçlü yönlerini geliştirmeye yönelik çalışmalarını arttırmaya, iyileştirmeye açık yönlerini ise iyileştirme çabalarına başlayacaklardır.

Kuruluşun büyüklüğü, yapısı, gelişim düzeyi hangi seviyede olursa olsun, başarısı yönetim sistemine bağlıdır. EFQM Mükemmellik Modeli kuruluşların, mükemmellik yolunda ilerlemelerini ölçerek, yönetim sistemleri geliştirmelerinde onlara yardımcı olur. Model, Avrupa ve Avrupa dışında denenmiş en iyi uygulamalarla ilgili girdileri toplayarak güncelleştirilir. Modelin dinamik olması sayesinde, yönetim konusundaki güncel görüşler de yansıtılmış olur. EFQM Avrupa'nın başlıca 14 şirketinin (Bosch, BT, Bull, Ciba-Geigy, Dassault, Electrolux, Olivetti, Sulzer, Philips, Renault, Volkswagen, Fiat, KLM, Nestle) başkanları tarafından 1988 yılında Brüksel'de kurulmuştur. Amacı; "Avrupa'daki kuruluşların sürdürülebilir mükemmelliğini sağlayabilmek için itici güç olmak"tır (Türkiye Kalite Derneği, 2019). Başlangıçta Avrupa Mükemmellik Ödül Sürecini desteklemek için oluşturulmuş olan model, kısa zamanda, şirketlerin ödül gayesi gütmenden de iç durumlarını değerlendirmek için kullandıkları bir araç durumuna gelmiştir. Böylece organizasyonlar için özdeğerlendirme olarak adlandırılan süreç ortaya çıkmıştır. Özdeğerlendirme

organizasyonlarda kapsamlı olarak, sistematik ve periyodik bir biçimde genellikle yılda bir kere gerçekleştirilen bir süreçtir. Özdeğerlendirme sürecinde organizasyon uzman denetçiler tarafından EFQM Mükemmellik Modeline göre değerlendirilir. Bu değerlendirme kapsamında organizasyonun zayıf ve güçlü yönleri bir rapor olarak sunulur (Efil, 2010: 380). Model; organizasyonların tamamının, mükemmellik kavram ve kriterleri doğrultusunda kendi değerlendirmelerini yapmalarını, güçlü ve iyileştirilebilecek alanlarını tespit etmelerini ve sürekli gelişim yaklaşımını benimseyerek, gelişim planlarına yardımcı olmak için geliştirilmiştir. Günümüzde, başta Avrupa olmak üzere dünyada 30.000'den fazla organizasyon EFQM Mükemmellik Modelini bir yönetim modeli olarak kullanmaktadır (Türkiye Kalite Derneği, 2019).

EFQM Mükemmellik Modeli basit bir özdeğerlendirme aracı değildir. Model; dinamik, dünya çapında tanınan bir yönetim çerçevesidir. Organizasyonları değişen ve gelişen yarınlara hazırlarken, kendi kriterlerini ve yapısını da sürekli değerlendirir. Bu çerçevede EFQM tarafından organizasyonlara uygun, kısa sürede çalışma biçimlerini yeniden kodlamalarını sağlayan esnek bir çerçeve sunmak için model revize edilmiştir. 23-24 Ekim 2019 tarihinde Helsinki' deki EFQM yıllık çalışmasında yenilenmiş EFQM Modeli ortaya konmuştur. Model, 2000 değişim uzmanı ile, 60'ın üzerinde farklı organizasyonda liderlerle yüz yüze konuşularak hazırlanmıştır. Modelin hazırlanmasında akademik alandan ve sektör genelinden çekirdek uzmanlardan oluşan bir ekip oluşturularak, birlikte çalışılmıştır. Modelin temel unsurları aşağıda Şekil 2.1'de gösterilmektedir.



Şekil 2. 1. EFQM Mükemmellik Modeli (2019, Türkçe versiyonu)

Kaynak: Türkiye Kalite Derneği (Kalder), 2019.

Kuruluşundan bu yana, EFQM Modeli, Avrupa genelinde ve dışındaki kuruluşlara performans ve yenilik kültürü geliştirmek için bir taslak hazırlamıştır. EFQM Modeli, kurumların değişimi benimsemelerine, performanslarını artırmalarına ve gelecek için gelişmelerine destek verir. EFQM Modelinin faydaları şu şekilde sıralanmaktadır (EFQM Home Page, 2020):

- **Organizasyonların amaçlarını tanımlamalarına yardımcı olur:** Amaç, bir organizasyonun can damarıdır. EFQM Modeli, sürdürülebilir bir değer yaratarak organizasyonlar için amaç, vizyon ve temel stratejilerin önemini vurgulamaktadır.

- **Organizasyon kültürü oluşturmaya yardımcı olur:** EFQM Modeli, kurumların kalbindeki temel kalite inançlarına ve paylaşılan hedeflere değer vererek, vizyonlarına bağlı kalmalarına izin veren yenilikçi bir kültür yaratıcısıdır.

- **Organizasyonlarda güçlü liderler oluşturmaya yardımcı olur:** Etkili liderlik bir organizasyonu amacına ve vizyonuna sadık kılar, bu nedenle EFQM Modeli her ekipte ve her projede güçlü karar alma, iş birliği ve ekip çalışması sağlamak için “her seviyede liderlik” yaklaşımını savunmaktadır.

- **Organizasyonu dönüştürmeye yardımcı olur:** Dönüşüm zaman alır ve EFQM Modeli, etkili bir değişimi mümkün olduğunca pürüzsüz ve sorunsuz hale getirmek için denenmiş ve test edilmiş bir çerçeve sunar.

- **Organizasyonlarda çevik uygulamaların geliştirilmesine yardımcı olur:** Ortaya çıkan tehditlerin arasında çevik olmak, etkin bir organizasyonun işaretidir. EFQM Modeli, ilerleme ve dönüşüm için güvenli bir yol oluşturmak için kurumsal analiz ve öngörü sağlar.

- **Organizasyonel zorlukların değerlendirilmesine yardımcı olur:** EFQM, tüm organizasyonların farklı olduğunu ve dönüşümün tüm yaklaşımlarına uyan tek bir boyut olmadığını farkındadır. Bu nedenle, EFQM Modeli hem özgün organizasyonel yapılara uyarlanabilir hem de performans kazanımı sağlayacak kadar esnektir.

- **Organizasyonlarda geleceği tahmin etmeye yardımcı olur:** EFQM Modeli, organizasyonel analizin, gelecekteki tahminlerin ve gerçek dönüşümü sağlamadaki öngörünün faydalarını bildiği için değişen pazarlarda yılların deneyiminden yola çıkarak tasarlanmıştır.

EFQM Mükemmellik Modeli Avrupa Kalite Yönetim Vakfı (European Foundation for Quality Management) tarafından performanslarını iyileştirme konusunda organizasyonlara yardımcı olmak amacıyla 1991 yılında oluşturulmuş ve 1997, 1999, 2003, 2010 (Ulusal Kalite Ödülü Kitabı, 2012: 32) ve 2019 yıllarında beş kez gözden geçirilmiş, güncel bilgiler ve yeni yaklaşımlar çerçevesinde iyileştirilmiştir. 2010 EFQM Mükemmellik Modeli kriterleri ile 2019 yılında oluşturulan EFQM Modeli kriterleri karşılaştırması aşağıda Tablo 2. 1’ de gösterilmektedir.

Tablo 2. 1. EFQM Mükemmellik Modelindeki Değişiklikler

EFQM Modeli Ana Kriterleri (2010 yılı)	EFQM Modeli Ağırlık Puanı (2010 yılı)	EFQM Modeli Ana Kriterleri (2019 yılı)	EFQM Modeli Ağırlık Puanı (2019 yılı)	EFQM Modeli Ağırlık Oranları (2019 yılı)
1.Liderlik	% 10	2.Organizasyonel Kültür & Liderlik (YÖN)	100	% 10
3.Strateji	% 10	1.Amaç, Vizyon, Strateji (YÖN)	100	% 10
2.Çalışanlar	% 10	3.Paydaşların Bağılılığının Sağlanması (UYGULAMA)	100	% 10
4.İşbirlikleri ve Kaynaklar	% 10			
5.Süreçler, Ürünler ve Hizmetler	% 10	4.Sürdürülebilir Değer Yaratma (UYGULAMA)	200	% 20
		5.Performans ve Dönüşümü Arttırma (UYGULAMA)	100	% 10
6.Çalışanlarla İlgili Sonuçlar	%10	6.Paydaş Algıları (SONUÇ)	200	% 20
7.Toplumla İlgili Sonuçlar	% 10			
8.Müşterilerle İlgili Sonuçlar	% 15	7.Stratejik ve Operasyonel Performans (SONUÇ)	200	% 20
9. İş Sonuçları	% 15			
Toplam: 9 Kriter	% 100	Toplam: 7 Kriter	1000	% 100

EFQM Mükemmellik Modelinin 2019 versiyonu 2010 yılı ile karşılaştırıldığında; 9 kriter yerini yön, uygulama ve sonuçlardan oluşan 3 ana kriter ve bu kriterlere bağlı 7 alt kritere bırakmıştır. Modelin temel ilkelerinde: “Müşterinin öncelikli olması”, “Uzun vadeli, paydaş odaklı bir görüş benimseme gereksinimi” ve “Bir kuruluşun bir şeyi neden ve nasıl yaptığı, eylemlerinin sonucunda neleri başardığı ve neden-sonuç ilişkilerinin anlaşılması” konularında değişiklik olmadığı görülmektedir (Türkiye Kalite Derneği, 2019). Bununla birlikte yeni modelde paydaş bağlılığının sağlanması ile paydaş algıları ve stratejik ve operasyonel performans kriterlerinin ağırlıkları azaltılmış, sürdürülebilir değer yaratma kriteri oluşturulmuştur. Modelde paydaşlar için ekonomik, çevresel ve sosyal fayda sağlamak önem kazanmıştır.

2.2. EFQM MÜKEMMELLİK MODELİNİN TEMEL UNSURLARI

2.2.1. Hastalar İçin Değer Katma

TKY’de organizasyonlar, dış müşteri (mal/hizmet sunulan kişi ya da kuruluşlar) ve iç müşterilerden (mal/hizmet üreten çalışanlar) oluşur. Mükemmel organizasyonlar iç ve dış müşterilerin gereksinim ve beklentilerini anlayarak ve bunların giderilmesi yönünde çaba göstererek, onlara değer katarlar. Mükemmel organizasyonlar mevcut ve potansiyel müşterilerinin istek ve beklentilerini yakından takip ederek, bu doğrultuda yenilenirler, değişir ve gelişirler. Sağlık organizasyonlarını diğer hizmet organizasyonlarından ayıran unsur sunulan hizmetin yaşamsal önemi olmasıdır. Bu nedenle herkes profesyonel sağlık hizmeti almak ister. Sağlık organizasyonları hastalıklardan koruyarak, hasta ve yaralıların tedavilerini gerçekleştirerek, rehabilitasyon hizmeti sunarak ve sağlığı geliştirerek önce insanlara, sonra da topluma değer katarlar. Mükemmel organizasyonlar müşterilerine hitap ettikleri çerçevede, değer katmaya devam ederler ve bu sayede kendileri de değeri kazanırlar.

2.2.2. Sağlık Kurumları İçin Sürdürülebilir Bir Gelecek Yaratma

Organizasyonlarda sürdürülebilirlik kavramı ile anlatılmak istenen, organizasyonların faaliyetlerini yaparken içinde yaşadıkları fiziksel, sosyal ve ekonomik çevreye zarar vermemeleri, hatta bu çevrenin ihtiyaçlarını gözeterek katkı sağlamalarıdır. Sürdürülebilirlik ayrıca içinde yaşadığımız dünya kaynaklarının da

sınırlı olduğunun farkında olmak, bizden sonraki nesilleri de düşünmek demektir. Mükemmel organizasyonlar faaliyetlerinin toplumun sağlığına, güvenliğine, huzuruna ve çevreye olan etkilerini ölçer ve optimize ederler. Mükemmel organizasyonların kültürlerinin özünü; etik anlayış, açıkça tanımlanmış değerler ve örgütsel davranışa ilişkin yüksek standartlar oluşturur. Bunlar; organizasyonların ekonomik, toplumsal ve doğal çevre açısından sürdürülebilirliğini sağlar (Efil, 2010: 383). Organizasyonların tamamı açısından tüm paydaşların çıkarlarını sağlamak, performans ve hesap verebilirliğin geliştirilmesi ortak hedeftir. Sağlık organizasyonlarında bu hedeflerin gerçekleştirilmesi sunulan sağlık hizmetinin TKY çalışmaları ile desteklenmesi ile sağlanabilir.

2.2.3. Sağlık Kurumlarında Yetenek Geliştirme

Kurumsal yetenek ile ifade edilmek istenen, organizasyonların amaçlarını gerçekleştirmeyi sağlayan insan gücü (bilgi, beceri, davranış, deneyim vb.) ve kapasitesidir. Dolayısıyla organizasyonların başarısı için çalışanın geliştirilmesine yönelik tüm faaliyetler desteklenmelidir. Organizasyonlarda çalışanın bilgi, beceri ve yeteneğinden en üst düzeyde faydalanılmalı, örgüt kültürü de bu yönde inşa edilmelidir. Bunun yanında, mükemmel organizasyonlar kurumsal yeteneğin ölçülmesi çalışmalarını sistematik bir şekilde yürütmelidirler. Bu sayede mükemmel organizasyonlar stratejik gelişim için gereken ihtiyacı belirler ve bu ihtiyacın giderilmesi için planlar yapar ve uygulamaya koyarlar. Sürekli olarak kurumsal yeteneklerini geliştirme ihtiyacı hissederler. Mükemmel organizasyonlar sadece organizasyon içinde değil, organizasyon dışında da gelişimini destekleyen tüm paydaşları ile iş birliği içinde olur. Sağlık organizasyonlarında uzmanlaşma seviyesi oldukça yüksektir. Sağlık hizmetinin alanında profesyonel kişiler tarafından sunulması hizmetin kalitesini arttırmaktadır.

2.2.4. Sağlık Kurumlarında Yaratıcılık ve Yenilikten Yararlanma

20. yüzyılda organizasyonların rekabette başarıyı yakalamasında etkili olan iki kavramdan biri yaratıcılık diğeri yeniliktir. Organizasyonlarda yaratıcılık farklı fikir, düşünce, hizmet ya da ürün ortaya koymak olarak tanımlanırken, yenileşim; değişen ortam ve koşullara uyabilmek için yeni yöntemlerin kullanılması olarak tanımlanabilir. Her iki kavram da açık sistem yaklaşımı çerçevesinde organizasyonların hayatta

kalmaları, başarıları ve sürdürülebilirlikleri için gereklidir. Mükemmel organizasyonlar yenileşimi sistematik olarak uygularlar, yenilikçi ve yaratıcı düşünce ve uygulamalara, bu konudaki iş birliklerine önem verirler, bu sayede performanslarını arttırlar. Sağlık organizasyonlarının performansı sundukları hizmetin kalitesine bağlıdır. Ülkemizde sağlık hizmetlerinin sunumundan birinci derecede sorumlu olan kurum Sağlık Bakanlığıdır. Sağlık Bakanlığının kararları sağlık organizasyonlarının işleyişini etkilemektedir. Bu nedenle sağlık organizasyonlarında yaratıcılık ve yenilik uygulamalarının devlet tarafından desteklenen bir politika olması gerekmektedir. Sağlık hizmetlerinin bilgi yoğun bir şekilde, gelişmiş ve son teknolojik tıbbi araç-gereç, donanım ve ilaçlarla sunulması hem hastalıkların önlenmesinde hem de hastaların çabuk tedavi edilmesinde etkili olacaktır. Bu sayede devletin sağlık hizmeti maliyetleri de azalacaktır.

2.2.5. Sağlık Kurumlarında Vizyoner Liderlik Sağlama

Mükemmel organizasyonlar, geniş bakış açısıyla geleceği öngören, önemseyen, gelecek için hedefleri olan ve geleceği şekillendiren organizasyonlardır. Bu bakış açısı organizasyonun misyonuna, vizyonuna, kültürüne de yansıtılmıştır. Lider, başkalarını belirli bir amaç doğrultusunda davranmaya yönelten, onlara ilham veren ve etkileyen kişidir. Başka bir ifadeyle lider bir grup insanın hem kendi kişisel amaçlarını hem de grup amaçlarını gerçekleştirmek üzere takip ettikleri, onun isteği, emir ve talimatı doğrultusunda davrandıkları kişidir (Koçel, 2018: 585). Liderler kişisel özelliklerinin yanında, çalışanları ile etkili iletişim kurarak, onları motive edebilmelidirler. Günümüzde başarılı organizasyonların güçlü bir liderlik stratejisine sahip oldukları görülmektedir. Liderlerin organizasyonel başarılarının yanında hızla değişen yeni dünya düzenine uyum sağlayabilmeleri, bu değişim ve dönüşümü iyi takip etmeleri gerekmektedir. Mükemmel organizasyonların liderleri stratejik hedefleri belirleyerek çalışanları bu hedefleri gerçekleştirmeye sevk eden, sosyal sorumluluk ve etik değerlere önem veren ve dünyadaki hızlı değişimlere ayak uydurabilen kişilerdir. Sağlık sektöründeki hızlı değişimle birlikte sağlık organizasyonlarında çok gelişmiş yönetim becerilerine ihtiyaç duyulmaktadır. Sağlık organizasyonların başarısında hem etkili yöneticilerin hem de vizyoner liderlerin payı vardır. Bu nedenle sağlık yöneticilerinin yöneticilik fonksiyonlarının yanında mutlaka liderlik fonksiyonlarını da geliştirmeleri

gerekmektedir. Bununla birlikte yönetim sürecinin her aşamasında sağlık yöneticilerinin her iki rolünün de birbirine entegrasyonu için gerekli çabayı göstermesi şarttır (Marquis ve Huston, 2009: 48). Vizyoner liderler iç ve dış çevredeki değişimleri öngörebilme ve hızlıca takip etme becerisine sahip olduklarından, sağlık kurumlarında motivasyonu sağlamada etkili oldukları gibi sağlık sorunlarının çözümünde de başarılı olurlar.

2.2.6. Sağlık Kurumlarını Çeviklikle Yönetme

Organizasyonların beklenmedik durumlara hızla adapte olmaları ile karşılık bulan örgütsel çeviklik kavramı, 1990'lı yıllardan itibaren önem kazanmıştır. Dış çevredeki değişimleri analiz eden ve trendleri takip eden mükemmel organizasyonlar, dış çevredeki fırsat ve tehditlere etkin ve verimli bir şekilde yanıt verirler. Mükemmel organizasyonlar sürekli iyileştirme çalışmaları sayesinde değişimi etkili bir şekilde yönetirler. Bu organizasyonlar stratejik hedefler doğrultusunda değişim ve dönüşüme her zaman hazırdırlar. Günümüz bilgi çağında inovasyon kavramı ile anlatılmak istenen yaklaşımların, çalışma usullerinin ve teknolojinin gelişim ve değişim sürecidir. Bu süreçte tamamlayıcı, fayda sağlayan ve gelecek vaat eden her şey sağlığın geliştirilmesi, hastalıkların önlenmesi ve tedavi edilmesinde, hasta bakımı yönetiminde daha iyi sonuçlar elde edebilmek için kullanılmaktadır. Başlangıçta değişim ve gelişime ayak uydurmak organizasyonlar açısından zor olsa da sonucunda büyük başarılar elde edilebilmektedir (Şengün, 2016: 194). Örgütsel çevikliğin boyutları hız, cevap verebilme, esneklik ve yetkinlik olarak dört grupta ele alınabilir. Hız boyutu organizasyonun faaliyetlerini yürütmedeki, ortaya çıkan problemleri çözmedeki, fırsatları değerlendirmedeki, yeni bir duruma adapte olmasındaki ve karar alma sürecindeki hızı ile ortaya konmaktadır. Cevap verebilme boyutu, organizasyonun dış çevredeki değişimleri tahmin edebilmesi ile bu değişimler karşısında yeterli ve hazır olmasıdır. Esneklik boyutu, organizasyonun yapı ve süreçlerinin değişimlere göre sürekli olarak düzenlemesidir. Yetkinlik boyutu ise, organizasyonun amaç ve hedeflerinin gerçekleştirilmesinin yanında verimlilik, etkinlik ve yeterlilik sağlayabilme gücü ve yeteneğidir (İnanır, 2020: 73). Bu nedenle konusu insan sağlığı olan sağlık organizasyonları açısından değişiklik ve gelişmelere ayak uydurmak, bu değişim ve gelişmeleri organizasyonun içine yansıtılabilmek, hasta istek ve taleplerini bu doğrultuda karşılamak oldukça önemlidir.

2.2.7. Çalışanların Yetenekleri ile Başarma

Mükemmel organizasyonlar misyon, vizyon ve stratejik amaçları gerçekleştirmek için çalışanlarına değer verir. Çalışanına organizasyonun bir parçası olduğu duygusunu hissettirir. Mükemmel organizasyonlar, kurumsal yeteneğin; tek tek çalışan bilgi, beceri ve yeteneklerinin toplamından oluştuğunun farkındadır. Bu organizasyonlar aynı zamanda bu toplamdan ortaya çıkan sinerjinin gücünün de farkındadırlar. Mükemmel organizasyonlar yetenek yönetimini kullanırlar. Yetenek Yönetimi, organizasyonların karşılaşacağı zorluklarla baş edebilmesi ve stratejilerini uygulayabilmesi dolayısıyla hedeflerine ulaşabilmesi için gerekli olan yetenekler ile sahip olduğu mevcut yetenekleri arasındaki boşluğu tespit edip, sistematik bir şekilde kapatmaya çalışan, insan merkezli bir yönetim sürecidir (Çırpan ve Şen, 2009:113). Organizasyonlar günümüzde mevcut yetenekleri ile rekabet avantajı elde edebilir konumdadırlar. Dolayısıyla organizasyonlar için gerekli bilgi ve beceriye sahip çalışanların işe alınması, iş yerinde bilgi ve becerilerini arttıran eğitimlerin ve uygulamaların yapılması ve çalışanın memnun edilerek organizasyonlarda devamlılıklarının sağlanması oldukça önemlidir. Mükemmel organizasyonlar çalışanlarına, yeteneklerinin ortaya çıkarılması ve geliştirilmesi aşamasında her zaman destek sağlar, kültürlerini bu şekilde oluştururlar. Bu sayede kendi becerilerini zenginleştirirler. Sağlık organizasyonlarında yürütülen faaliyetler ekip çalışmasını gerektirir. Dolayısıyla sunulan sağlık hizmetinin başarısı ekip üyelerinin bilgi ve becerisi ile sağlanabilir. Sağlık organizasyonlarında yetenek yönetimi kapsamında çalışanların bilgi ve becerilerini arttırmaya yönelik eğitimler, faaliyetler ve uygulamalar sistematik bir şekilde düzenlenmelidir. Sağlık organizasyonları gücünü sunduğu sağlık hizmetlerinin kalitesinden aldığından, her zaman işini en iyi yapan çalışanlara ihtiyaç duyulacağı unutulmamalıdır. Sağlık çalışanlarının gelişimi bu stratejiye uygun bir şekilde sürdürülmelidir.

2.2.8. Mükemmel Sonuçları Sürdürme

Mükemmel organizasyonlar stratejiyi ve stratejiyi destekleyen politikaları hayata geçirme yönünde çalışırlar. Stratejileri sayesinde başarılı iş sonuçları elde ederler. Mükemmel organizasyonlar stratejilerinin gerçekleştirilmesinde katkısı olan paydaşlarının gereksinimlerini anlayarak, karşılıklı güven ilişkisine dayalı ilişkiler

kurarak, değer oluşturlar. Bu sayede rekabet üstünlüğü elde ederler. Uygulamada mükemmel organizasyonlar şu şekilde davranır (EFQM Mükemmellik Modeli Tanıtım Kitapçığı, 2013: 8):

- Stratejilerini oluşturmada paydaşlarının gereksinim ve beklentilerini girdi olarak kullanırlar ve değişime karşı sürekli hazır olurlar.
- Temel sonuçların misyonlarını gerçekleştirmek gerekli olduğunu bilirler ve vizyon ve stratejik amaçları çerçevesinde ilerlerler.
- Temel paydaşlarının kısa ve uzun vadeli önceliklerini dikkate alırlar ve beklentilerini yönetirler.
- İstenen sonuçlara ulaşmak için strateji ve stratejiyi destekleyen politikaları sistematik bir biçimde yayırlar.
- Kendi performansları ile başka organizasyonların performanslarını karşılaştırmada mevcut ve potansiyel kurumsal yetenekleri ve stratejik amaçları karşılaştırırlar.
- Elde edilen sonuçları değerlendirerek performanslarını iyileştirir ve tüm paydaşlarına sürdürülebilir yarar sağlarlar.
- Stratejik, operasyonel ve finansal riskleri yönetmek amacıyla etkili yöntemler uygulayarak paydaşlarda yüksek düzeyde güven oluşturlar.
- Finansal ve finansal olmayan raporlamanın şeffaf bir biçimde yapılmasını güvence altına alarak paydaşlarının beklentilerini karşılarlar.
- Doğru ve yeterli bilgi sağlanmasını güvence altına alarak liderlerin zamanında karar almalarını desteklerler.

Sağlık organizasyonlarında mükemmel sonuçlar iyileşen ve sunulan sağlık hizmetinden memnun kalan hasta sayısı ile birlikte tüm paydaşların memnuniyeti sayesinde elde edilir. Sağlık hizmetlerinin sunumu gerekli kaynakların tedarik süreci ile başlayan, hizmetin sunumu ile devam eden, toplumun refahının sağlanmasına kadar süren uzun bir süreçte gerçekleşmektedir. Bu sürece katkı sağlayan paydaşların beklentilerinin karşılanması ve onlarla güvene dayalı ilişkiler kurulması sürdürülebilirlik ve mükemmel sonuçların sağlanması açısından gereklidir. Bununla birlikte sunulan sağlık hizmetinde kaynakların etkinlik ve verimlilik açısından elde edilen sayısal ölçütleri de performansın değerlendirilmesini sağlar. Bu nedenle sağlık

hizmetlerinde zamanında, doğru ve açık bir şekilde tutulmuş güvenilir veriler kayıt altına alınmalıdır. Sunulan sağlık hizmetinin kalitesinin belirlenmesinde, plan ve politikaların oluşturulmasında, performansın karşılaştırılmasında bilginin gücü etkili olacaktır. Sağlık organizasyonlarının mükemmel sonuçları sağlama ve sürdürme konusundaki çabaları süreklilik arz etmelidir.

2.3. EFQM MÜKEMMELLİK MODELİNİN KRİTERLERİ

EFQM Mükemmellik Modeli üç ana kriteri kapsamaktadır. Bunlar; Yön, Uygulama ve Sonuç kriterleridir. Yön kriteri ile “niçin” sorusuna organizasyonun misyon, vizyon ve stratejisi ortaya koyularak cevap aranırken, uygulama kriteri ile “nasıl” sorusuna amaç ve stratejiyi gerçekleştirme durumu ile cevap aranır. Sonuç kriterinde ise amacın gerçekleşmesi ve organizasyonun gelecek için hazır olma durumu değerlendirilmektedir (Türkiye Kalite Derneği, 2019).

2.3.1. Yön

Mükemmel organizasyonlar; etkileyen ve birleştiren bir amaç, isteklendiren bir vizyon ve mükemmel sonuçlar getiren bir strateji oluştururlar. Bu kriter organizasyonun konumlandırılmasını sağlar, organizasyonların paydaş beklentilerini karşılayan ve aşan olağanüstü sonuçlar elde etmesini ve sürdürmesini sağlar. Bu unsur aşağıdaki iki alt kriter üzerine yoğunlaşmıştır (The EFQM Model, 2019: 12):

2.3.1.1. Kriter 1: Amaç, Vizyon ve Strateji

Bu kriter, organizasyonlarda yöneticilerin ve ilgili tüm diğer kişilerin, organizasyonun tamamında uygulanmak üzere kurumun stratejik planını oluşturup oluşturmadıklarını ölçer. Misyon, vizyon, stratejik ve fonksiyonel hedefler, performans ölçütleri, kriz yönetimi vb. değişik stratejik önemi olan konularda neler yapıldığını ortaya koyar. Belirlenen hedeflerin çalışanlarca ne oranda benimsendiğini ve bu konuda yapılan çalışmaları da ortaya koyar. Stratejik hedeflerin eylem planları ile nasıl gerçekleştirildiği konusunda gerekli değerlendirmelerin yapılmasını sağlar (Öztemel, 2001: 425). Mükemmel organizasyonlar misyon ve vizyonlarıyla uyumlu stratejilerini belirlerler. Stratejilerini politikalar, planlar, amaçlar ve süreçler ile başarılı bir şekilde hayata geçirirler.

- Organizasyonun Misyonu:

- Organizasyonun çalışmasının neden önemli olduğunu açıklar.
- Paydaşlar için sürdürülebilir değer yaratmak ve sunmak için gerekli faaliyet ortamını belirler.
- Ekosisteme katkısı ve etkisi üzerinde sorumluluk aldığı bir çerçeve sunar.

- Organizasyonun Vizyonu:

- Organizasyonun uzun vadede neleri başarmaya çalıştığını açıklar.
- Mevcut ve gelecekteki eylem planlarını seçmek için açık bir rehber görevi görmesi amaçlanmıştır.
- Organizasyonun amacı ile birlikte stratejinin oluşturulması için temel oluşturur.

- Organizasyonun Stratejisi:

- Organizasyonun stratejisi, amacı nasıl gerçekleştirmeyi planladığını açıklar.
- Stratejik önceliklere ulaşmaya ve vizyonuna yaklaştırmaya yönelik planlarını ayrıntılandırır.

Bu kriterin organizasyonlarda başarı ile uygulanması için izlenmesi gereken adımlar şunlardır:

- 1a. Amaç, vizyon ve stratejiyi tanımlama.
- 1b. Paydaşların gereksinimlerini belirleme ve anlama.
- 1c. Ekosistemi, kendi yeterliliklerini ve başlıca zorlukları anlama.
- 1d. Strateji geliştirme.
- 1e. Yönetim ve performans yönetim sistemi tasarlama ve uygulama (The EFQM Model, 2019: 12).

2.3.1.2. Kriter 2: Kurum Kültürü ve Liderlik

Kurum kültürü; kurum üyeleri tarafından paylaşılan, deneyimler yoluyla geliştirilip, kabul edilen, sembollerle ortaya konan varsayımlar, değerler, normlar ve tutumlar sistemini içerir; kurumun çevresini anlamasına ve bu çevrede nasıl davranacağını belirlemesine yardımcı olur (Nikcevic, 2014: 38). Kurum kültürünün

başarıdaki önemine işaret eden bu kriter aynı zamanda mükemmel organizasyonlarda liderlerin eylemlerinin nasıl olması gerektiğini anlatır. Mükemmel organizasyonlarda liderler davranışlarıyla daima çalışanlara ilham ve güven verirler. Etik kural ve değerlere önem verirler, esnektirler. Liderler, organizasyonun başarısı için geleceği öngörme ve zamanında müdahale edebilme yeteneğine sahiptirler (Efil, 2010: 386). Organizasyonu yöneten liderler geleneksel yönetim anlayışından farklı, çalışanlar tarafından rol model olarak tanınırlar. Organizasyonlarda örgüt kültürünün oluşturulması ve liderlik yaklaşımının benimsenmesi için izlenmesi gereken adımlar şu şekildedir:

- 2a. Kurumun kültürüne yön verme ve değerleri güçlendirme.
- 2b. Değişimin gerçekleştirilmek için koşulları oluşturma.
- 2c. Yaratıcılık ve yenileşime olanak sağlama.
- 2d. Amaç, vizyon ve strateji temelinde birlik ve bağlılığı sağlama (The EFQM Model, 2019: 13).

2.3.2. Uygulama

Organizasyonların paydaşlarının beklentilerini karşılaması, olağanüstü sonuçlar elde etmesi amaçları doğrultusunda faaliyetlerini etkin bir şekilde gerçekleştirmesi ile mümkün olur. Mükemmel organizasyonlar, politikaları ile stratejilerini destekleyecek, paydaşlarını memnun edecek ve onlara artan değer katacak şekilde süreçlerini, ürünlerini ve hizmetlerini tasarlar, yönetir, iyileştirir ve geliştirirler.

2.3.2.1. Kriter 3: Paydaş Bağlılığının Sağlanması

Mükemmel organizasyonlar, iç paydaşlarını ve dışsal iş birliklerini strateji ve politikalarının gerçekleşmesini sağlamak için planlar ve yönetir. İç çevre unsurları kadar dış çevre unsurlarının da etkili bir biçimde yönetilmesini güvence altına alırlar. Organizasyonun iş birlikleri ve kaynaklarının etkin yönetiminde beş alt unsur yer alır (EFQM Mükemmellik Modeli El Kitabı, 2003: 18).

- 3a. Müşteriler: Sürdürülebilir ilişkiler kurma.
- 3b. Çalışanlar: Kuruluşa kazandırma, geliştirme, bağlılıklarını sağlama ve elde tutma.

3c. İş ve Yönetim Paydaşları: Süregelen desteği güvence altına alma ve sürdürme.

3d. Toplum: Gelişim, esenlik ve refaha katkıda bulunma.

3e. İşbirlikleri ve Tedarikçiler: Sürdürülebilir değer yaratmak için ilişkiler kurma ve destek sağlama (The EFQM Model, 2019: 13).

2.3.2.2. Kriter 4: Sürdürülebilir Değer Yaratmak

Organizasyonlar için sürdürülebilir değer yaratmak, uzun vadede paydaşların istek ve ihtiyaçlarını karşılayabilmek ve finansal ve finansal olmayan sonuçlarda başarı elde edebilmektir. Amaç organizasyon ve organizasyonun tüm paydaşları için sürdürülebilir değer yaratmaktır. Mükemmel organizasyonlar paydaş ihtiyaçlarının zaman içinde değişebileceğini bildiğinden mal veya hizmetlerini iyileştirmek, geliştirmek, değiştirmek için sürekli veri toplar ve analiz ederler. Organizasyonlarda tüm paydaşlar için sürdürülebilir değer yaratmak için dikkat edilecek alt kriterler şunlardır (The EFQM Model, 2019: 13):

4a. Değeri ve nasıl yaratılacağını tasarlama.

4b. Değerin iletişimi ve satışı.

4c. Değerin sunumu.

4d. Toplam deneyimi tanımlama ve uygulama.

2.3.2.3. Kriter 5: Performans ve Dönüşümü Yönlendirme

Bu kriter mükemmel organizasyonlarda, mevcut bulunan başarılı operasyonel faaliyetlerin sürdürülmesi ve geliştirilmesi gerektiğini anlatır. Aynı zamanda organizasyonlarda bilim ve teknolojinin ışığında gelişim ve değişimin sağlanması ve sürdürülmesi gerekliliğini ifade eder. Organizasyonların performansını sağlamada iki temel unsur dönüşüm ve yeniliktir. Günümüzde değişimi öngören organizasyonlar hayatta kalır ve başarılı olurlar. Organizasyonlarda performans ve dönüşümü arttırmak için beş unsura odaklanmak gerekir (The EFQM Model, 2019: 19):

5a. Performansı yönlendirme ve riski yönetme.

5b. Kuruluşu geleceğe yönelik dönüştürme.

5c. Yenileşimi yönlendirme ve teknolojiden yararlanma.

5d. Veri, bilgi ve bilgi birikiminin gücünden yararlanma.

5e. Varlık ve kaynakları yönetme.

2.3.3. Sonuçlar

Organizasyonlarda paydaşların istek ve ihtiyaçlarını temel alarak oluşturulan stratejinin başarılı bir biçimde uygulanıp uygulanmadığını değerlendirmek amacıyla ortaya konan finansal ve finansal olmayan sonuçlardır. Ortaya çıkan sonuçlar üretilen mal veya hizmetin beklentileri karşılayıp karşılamadığının kontrol edilmesini sağlar. Elde edilen veriler sonuçların ortaya çıkardığı eğilimin temel nedenlerini, belirleyici unsurları ve sonuçların diğer performans göstergeleriyle ilgisini ortaya koyar. Gelecekteki performans ve sonuçları tahmin etmeye yardımcı olur. Benzer organizasyonlara kıyasla performans düzeyini ortaya koyar. Organizasyonun farklı alanlarında elde edilen performans düzeylerini ve stratejik sonuçlarını anlamaya yardımcı olur.

Mükemmel organizasyonların sağladığı sonuç verileri temelde iki unsura odaklanır (The EFQM Model, 2019: 20):

- Paydaş Algıları
- Stratejik ve Operasyonel Performans

Bu iki unsur aşağıda daha detaylı olarak sunulmaktadır.

2.3.3.1. Kriter 6: Paydaş Algıları

Organizasyonun tüm paydaşlarının organizasyon hakkındaki algılarını kapsar. Çalışanlar açısından, organizasyonun onların ihtiyaç ve beklentilerini ne ölçüde karşıladığı şeklindeki algılamalardır. Ortak ve tedarikçi algısı kazanç gibi maddi unsurların yanında, organizasyon ile kurulan bağın gücüne odaklanır. İş ve yönetim paydaşlarının algıları, emeklerinin karşılığının maddi ve manevi olarak karşılanabilmesine odaklanır. Dış müşterilerin kalite, maliyet, hız, iletişim, istek ve beklentinin karşılanması ile satış sonrası destek gibi konulardaki algılarını yansıtır. Toplum açısından ise, organizasyonun topluma etkisi, faydası, imaj ve itibarı gibi konulardaki algılamalar ortaya konur. Bu veriler; görüşmeler, anketler, raporlar, övgü ve şikâyet formları, basın haberleri, kamuya açık toplantılar ile kamuoyu temsilcileri ve resmi yetkililer gibi çeşitli kaynaklardan sağlanabilir. Organizasyonun amacı doğrultusunda genel olarak ölçümler; memnuniyet, tatmin, katılım, bağlılık, iletişim,

eğitim, değerlendirme, takdir ve ödüllendirme, çevresel etki, imaj, itibar ve topluma etki, çalışma ortamının etkisi, ödüller ile basında yer alma gibi etmenlere odaklanır. İşyerindeki liderlik ve yönetim uygulamaları, kariyer yönetimi, performans yönetimi, yenilik uygulamaları da algılamalara yansıyacak etmenlerdir. Mükemmel organizasyonlar geçmiş performanslarını ve mevcut performanslarını analiz ederek gelecekteki performanslarını tahmin ederler. Organizasyonun kilit paydaşları öncelik sıralaması olmaksızın şu şekildedir:

- Dış müşteri algı sonuçları
- Çalışan (iç müşteri) algı sonuçları
- İş ve yönetim paydaşları algılama sonuçları
- Toplum algılama sonuçları
- İş birlikleri ve tedarikçiler algılama sonuçları (The EFQM Model, 2019: 23).

2.3.3.2. Kriter 7: Stratejik ve Operasyonel Performans

Bu kriter organizasyonlarda performans ile bağlantılı olarak amacın gerçekleşmesi, stratejinin uygulanması ve sürdürülebilir değer yaratarak geleceğe hazır olmak gibi temel başlıklara odaklanır. Bu temel başlıklar sayesinde organizasyonlarda toplam performans izlenerek iyileştirmeler yapılabilir. Aynı zamanda organizasyonun performansının hem kilit paydaşlar hem de gelecek stratejik amaçlar üzerinde yapacağı etki tahmin edilir. Mükemmel organizasyonlar;

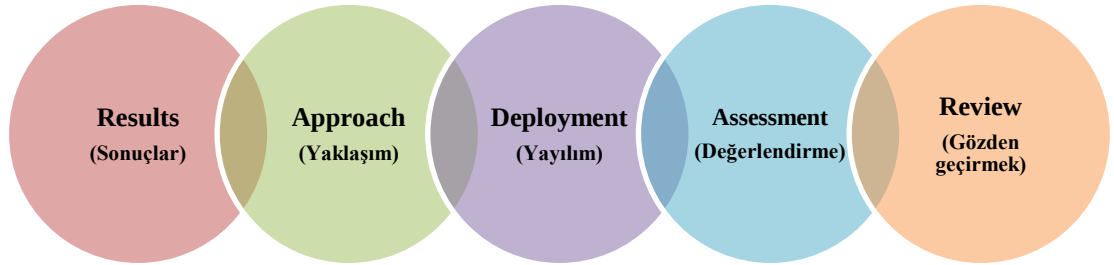
- Stratejik ve operasyonel performanslarının ölçümü için, finansal ve finansal olmayan göstergeler kullanırlar.
- Paydaş algıları ile gerçekleşen performans arasındaki bağlantıları incelerler ve gelecekteki performansları hakkında öngörude bulunurlar.
- Performans göstergelerinin tespit edilmesinde, paydaşlarının şimdiki ve gelecekteki gereksinimleri ile beklentilerini göz önünde bulundururlar.
- Performanslarına etki yapan sebep-sonuç ilişkilerini bilir, elde edilen sonuçlara göre yön ve uygulamalarını belirlerler.
- Başarılan sonuçları, gelecekte beklenen performansını öngörmek için kullanır (EFQM Modeli Tanıtım Kitabı, 2020: 13).

Stratejik ve operasyonel performans göstergeleri aşağıdakileri içermekle birlikte bunlarla sınırlı değildir:

- Amacına ulaşmada ve sürdürülebilir değer yaratmada başarılar,
- Finansal performans,
- Kilit paydaşların beklentilerinin karşılanması,
- Stratejik hedeflere ulaşma,
- İletişim performansındaki başarılar,
- Dönüşümü sağlamadaki başarılar,
- Geleceğe yönelik öngörülü önlemler (The EFQM Model, 2019: 25).

2.4. SAĞLIK KURUMLARINDA RADAR FELSEFESİ

EFQM Mükemmellik Modelinin değerlendirilmesi RADAR adı verilen metoda göre yapılmaktadır. Radar kavramı İngilizce “Results, Approach, Deployment, Assessment, Review” kelimelerinin baş harflerinin birleşiminden oluşmaktadır. Radar modelinin bileşenleri şunlardır:



Şekil 2. 2. RADAR Açılımı ve Türkçe Karşılıkları

Kaynak: EFQM, 2010: 14; The EFQM Model, 2019: 27

(Metinden şekle dönüştürülmüştür).

RADAR mantığını oluşturan bileşenler şu şekilde açıklanabilir (EFQM, 2010: 14; The EFQM Model, 2019: 27):

Results (Sonuçlar): Organizasyonun stratejisi doğrultusunda hedeflediği sonuçları belirlemek ve ortaya çıkan sonuçları değerlendirmek için kullanılır. Sonuç

verileri anlaşılır, kapsamlı, tam, uygun, zamanlı, doğru ve güvenilir olmalıdır. Mükemmel bir organizasyonda sonuçlar olumlu eğilim ve iyi bir performans ortaya koyar.

Approach (Yaklaşım): Organizasyonun istediği sonuçlara ulaşmasını sağlayacak planlarını ve bunların nedenlerini kapsar. Yaklaşımlar politika ve stratejilerle uyumlu olmalıdır. Organizasyonun mevcut ve geleceğe yönelik gereksinimlerine odaklanmalıdır. İyi tanımlanmış süreçler üzerinden uygulamaya geçirilir ve paydaşlarının gereksinim ve beklentilerini esas alır. Yaklaşımlar zaman içinde sürekli olarak iyileştirilebilmeli, geliştirilebilmeli, stratejiyle uyumlu diğer yaklaşımlarla ilişki içinde olmalıdır.

Deployment (Yayılım): Yaklaşımların uygulanmasını ifade eder. Mükemmel bir organizasyonda yaklaşımın ilgili alanlarda sistematik bir biçimde uygulanması beklenir.

Assessment (Değerlendirme ve İyileştirme): Organizasyonun yaklaşımını ve yayılımını iyileştirmek için ne yapması gerektiğini kapsar. Mükemmel bir organizasyonda, yaklaşım ve yayılım düzenli olarak ölçülmesi, öğrenme faaliyetlerinin yapılması ve elde edilen bilgilerin değerlendirilmesi gerekir. Elde edilen veriler doğrultusunda iyileştirme çalışmaları belirlenir ve uygulanır.

Review (Gözden Geçirmek): Organizasyonun faaliyetleri sonucunda elde edilen sonuçlar doğrultusunda organizasyonun genel durumu gözden geçirilir ve yeni hareket tarzını gösteren planlar ortaya konulur.

RADAR'ı uygulamak bir organizasyona birçok fayda sağlamaktadır. Bunlar (Efil, 2010: 392):

- Stratejisi doğrultusunda gerçekleştirmesi gereken sonuçları belirlemek,
- İstenen sonuçları hem şimdi hem de gelecekte gerçekleştirmek amacıyla birbiriyle bütünleşik yaklaşımlar planlamak ve oluşturmak,
- Uygulamayı güvence altına almak amacıyla yaklaşımları yaymak,
- Elde edilen sonuçları analiz ederek sürekli iyileştirmek faaliyetleri çerçevesinde değerlendirmek.

2.4.1. R. A. D. A. R. Felsefesi ve Açılımı

RADAR mantığı kullanıcıları, aşağıdaki tablolarda açıklanan nitelikleri sırasıyla yön ve uygulamada sunulan bilgilere uygulamalıdır. Her bir nitelik ile ilişkili açıklamalar, kuruluşun neyi göstermek istediği konusunda rehberlik sağlar. Tablo 2. 2., Kriter 1 (Amaç, Vizyon ve Strateji) ve Kriter 2'nin (Örgüt Kültürü ve Liderlik) analizini desteklemek için kullanılır (The EFQM Model, 2019: 28).

Tablo 2. 2. Yön Analizi

Ögeler	Nitelikleri	Açıklama
Yaklaşım	Sağlam Temelli	Yaklaşımların açık bir gerekçesi vardır, kilit paydaşların ihtiyaçlarını karşılamayı ve yanıtlamayı amaçlar, uygun şekilde tanımlanır ve geleceğe uygun olacak şekilde tasarlanmıştır.
	Bütünleşik	Uygulanmadı.
Yayılm	Uygulama	Yaklaşımlar ilgili alanlarda etkin ve zamanında uygulanmaktadır.
	Sistematiklik	Uygulanmadı.
Değerlendirme & İyileştirme	Ölçmek ve Anlamlandırmak	Yaklaşımların etkinliği ve verimliliği ile ilgili geri bildirim toplanır, değerlendirilir anlaşılır ve paylaşılır.
	Öğrenmek ve İyileştirmek	Ortaya çıkan trendlerin analizi, ölçümü, öğrenimi ve kıyaslamasından elde edilen bulgular, yaratıcılığa ilham vermek ve uygun zaman aralıklarında performansı iyileştirmek ve yenilikçi çözümler üretmek için kullanılır.

Kaynak: The EFQM Model, 2019: 29.

Aşağıda gösterilen Tablo 2. 3, Kriter 3 (Paydaşların Katılımı), Kriter 4 (Sürdürülebilir Değer Yaratmak) ve Kriter 5'in (Performans ve Dönüşümü Arttırma) analizini desteklemek için kullanılır. Tablo aşağıda verilmektedir.

Tablo 2. 3. Uygulama Analizi

Ögeler	Nitelikleri	Açıklama
Yaklaşım	Sağlam Temelli	Yaklaşımların açık bir gerekçesi vardır, kilit paydaşların ihtiyaçlarını karşılamayı amaçlar ve geleceğe uygun olacak şekilde tasarlanmıştır.
	Bütünleşik	Yaklaşımlar organizasyonun yönünü destekler ve diğer ilgili yaklaşımlarla bütünleştirilir.
Yayılm	Uygulama	Yaklaşımlar ilgili alanlarda etkin ve zamanında uygulanmaktadır.
	Sistematiklik	Uygulama sistematiklik ve adaptasyon sağlar.
Değerlendirme & İyileştirme	Ölçmek ve Anlamlandırmak	Yaklaşımların etkinliği ve verimliliği ile ilgili geri bildirim toplanır, değerlendirilir anlaşılır ve paylaşılır.
	Öğrenmek ve İyileştirmek	Ortaya çıkan trendlerin analizi, ölçümü, öğrenimi ve kıyaslamasından elde edilen bulgular, yaratıcılığa ilham vermek ve uygun zaman aralıklarında performansı iyileştirmek için, yenilikçi çözümler üretmek için kullanılır.

Kaynak: The EFQM Model, 2019: 29.

Aşağıda gösterilen RADAR Sonuçları tablosu, Kriter 6 (Paydaş Algıları) ve Kriter 7'nin (Stratejik ve Operasyonel Performans) analizini desteklemek için kullanılır. RADAR mantığını kullanan organizasyonlar, aşağıdaki tabloda açıklanan nitelikleri sunulan kanıtlara uygulamalıdır. Tipik olarak, bu kanıt, her bir sonuç ölçütünün başlıklarına yanıt olarak sunulan stratejik ve operasyonel performansı gösteren veri

setleri olacaktır. Her bir özelliğe ilişkin açıklamalar, kuruluşun neyi göstermek istediği konusunda rehberlik sağlar (The EFQM Model, 2019: 28).

Tablo 2. 4. Sonuçların Analizi

Ögeler	Nitelikleri	Açıklama
İlgi Düzeyi ve Kullanılabilirlik	Kapsam ve İlgi Düzeyi	Kuruluşun amacı, vizyonu ve stratejisi ile açıkça bağlantılı bir dizi sonuç tanımlanmıştır. Seçilen sonuç kümesi gözden geçirilir ve üzerinde çalışılarak iyileştirilir.
	Kullanılabilir Veriler	Sonuçlar, zamanında iyileştirme ve dönüşümü destekleyen anlamlı bilgiler sağlamak için zamanında, güvenilir, doğru ve uygun bir şekilde kullanıma hazırlanır.
Performans	Trendler	Stratejik dönem/döngü boyunca olumlu eğilimler veya sürekli üstün performans sağlanır.
	Amaçlar	Strateji ile uyumlu hedefler belirlenir ve tutarlı bir şekilde elde edilir.
	Karşılaştırmalar	Kendi performansını stratejik yöne göre konumlandırmak için uygun dış karşılaştırmalar yapılır ve sonucu olumludur.
	Gelecekteki Odak	Mevcut neden-sonuç ilişkilerine, veri kümelerinin analizine, performans örüntülerine ve öngörücü önlemlere dayanarak, kuruluş gelecekte olağanüstü performans için itici güçleri öğrenmektedir.

Kaynak: The EFQM Model, 2019: 30.

2.4.2.RADAR Puanlama Matrisi

RADAR Puanlama, EFQM Modeline göre toplam 7 kritere 1000 puandır. Yön ve uygulamada, her ölçüt bölümüne bu ölçüt içinde eşit ağırlık ayrılır. Örneğin:

Amaç, Vizyon ve Stratejideki 5 Ölçüt bölümünün her biri, Ölçüt 1'e tahsis edilen 100 puanın % 20'sine katkıda bulunur.

1a = 20 puan

1b = 20 puan

1c = 20 puan

1d = 20 puan

1e = 20 puan

Sürdürülebilir Değer Yaratma'daki 4 ölçüt bölümünün her biri, ölçüt 4'e ayrılan 200 noktanın % 25'ine katkıda bulunur

4a = 50 puan

4b = 50 puan

4c = 50 puan

4d = 50 puan

Sonuçlarda kriter bölümü yoktur, bu nedenle kriter 6 ve 7 seviyelerinde paydaş algısı için 200 puan ve stratejik ve operasyonel performans için 200 puan puanlanmaktadır. EFQM değerlendirme yaklaşımını takip ederken ve RADAR mantığını puanlamak için kullanırken, biri “yön ve uygulama” ile, diğeri de “sonuçlar” ile birlikte uygulanacak iki açık kural vardır:

“Yön ve uygulamada” ölçüt bölümlerinden herhangi birini puanlarken, ölçüt bölümündeki toplam puan, yaklaşımların sağlam temelli niteliğine verilen puandan fazla olmamalıdır. Bu ölçüt bölümündeki diğer tüm özellikler ne kadar iyi derecede değerlendirilse de sağlam temelli özellik için elde edilen puan diğerlerinin “üstadı” dır.

“Sonuçları” puanlarken (Ölçüt 6 ve 7), her ölçütteki toplam puan “Kapsam ve İlgi Düzeyi” puanını geçmemelidir. Ölçüt 6 ve 7'de ne kadar iyi puan alırsa alınsın, kapsam ve ilgi düzeyi diğerlerinin “üstadı”dır (The EFQM Model, 2019: 32).

2.5. EFQM MÜKEMMELLİK MODELİNDE ÖZDEĞERLENDİRME SÜRECİ

Özdeğerlendirme kurumların kendi durumlarını tespit etmelerine imkân sağlayan, belirli aşamalardan oluşan bir süreçtir. Özdeğerlendirme sürecinde asıl amaçlanan kurumların iyileştirmeye açık yönleri ile güçlü yönlerini ortaya koymaktır. Bu sayede kurumların hedeflerine ulaşmalarına engel olan nedenler belirginleşir ve başarılarının ölçümü sağlıklı bir şekilde gerçekleşir.

2.5.1. Özdeğerlendirme ve Amacı

Özdeğerlendirme, organizasyonların belirli bir modele ve kabul gören standartlara göre tüm süreçlerini ve işleyişini sistematik bir şekilde değerlendirmedir. EFQM Mükemmellik Modeli TKY'nin bir modeli olarak hizmet etmekte, özdeğerlendirme ve kıyaslama için sürekli değişen planlar ve/veya araçlar sunmaktadır (Pun, Chin ve Lau, 1999: 606). Model düzgün kullanılırsa, kuruluşların mevcut performans düzeylerini değerlendirmelerine, iyileştirme alanlarını belirleyip öncelik vermelerine, iyileştirme faaliyetlerini iş planlarına yansıtma ve en iyi uygulamaları belirlemelerine yardımcı olacaktır (Adebanjo, 2001: 37). Özdeğerlendirme mevcut durumun olması gereken durum ile mukayese edilmesine imkân verir. Özdeğerlendirme çalışmaları genel olarak şu adımları içerir (Öztemel, 2001: 434):

- Mevcut durumun analizi,
- Problemleri alanlar veya daha iyi (kaliteyi artırıcı) yapılabilecek işleri veya hizmetleri belirleme,
- İyileştirilecek alanların daha önce belirtildiği şekilde önceliklendirilmesi için çalışmaların yapılması,
- Eylem planlarının yapılması,
- Eylem planlarının uygulanması için daha önceki uygulamalarda karşılaşılan sorunların çözülmesi,
- Bütün bu eylemlerin sonuçlarının rapor edilmesi (özdeğerlendirme raporu).

Özdeğerlendirmenin temel amacı, organizasyonun güçlü ve zayıf yönlerinin ortaya çıkmasıdır. Durumunu sistemli olarak değerlendiren organizasyonlar, zayıf

yönlerini güçlendirmeye çalışarak, güçlü yönlerini arttırarak, alacağı kararlarda etkin, verimli ve başarılı olurlar. Ritchie ve Dale'ye (2000: 246) göre organizasyonlarda özdeğerlendirme çalışmalarının amaçları şunlardır:

Kısa vadede;

- (1) Kıyaslamayı kolaylaştırmak.
- (2) Sürekli iyileştirme sağlamak.
- (3) Çalışanların katılımını ve uygulamaları benimsemesini teşvik etmek.
- (4) Öngörü sağlamak.
- (5) Kalite ile ilgili konularda anlayış ve farkındalığı arttırmak.
- (6) Organizasyon genelinde gelişim için ortak bir yaklaşım oluşturmak.
- (7) Bir pazarlama stratejisi olarak organizasyonun profilini yükselten iş planları üretmek.

Uzun vadede;

- (8) Maliyetleri azaltmak.
- (9) İş sonuçlarını iyileştirmek.
- (10) Uzun ve kısa vadeli yatırımları dengelemek.
- (11) İş planlamasına disiplinli bir yaklaşım sağlamak.
- (12) Kaliteye bütünsel bir yaklaşım geliştirmek.
- (13) Müşteri beklentilerini karşılama ve aşma yeteneğini arttırmak.
- (14) Kurumsal kalite imajını oluşturmak.
- (15) Müşteriler ve tedarikçiler arasında bağlantıyı sağlamak.

TKY'yi destekleme konusunda;

- (16) Çalışanların dikkatini kaliteye odaklamaya yardımcı olmak.
- (17) Süreçlerin ve işlemlerin "sağlık kontrolünü" sağlamak.
- (18) Sadece son ürün değil, süreçlere de odaklanmayı teşvik etmek.
- (19) Performans iyileştirmelerini teşvik etmek.

2.5.2. Özdeğerlendirmenin Faydaları

Organizasyonların özdeğerlendirme sonucunda elde edecekleri faydalar şu şekilde sıralanmaktadır (Porter ve Tanner, 2005: 26; Türkyılmaz, 2009: 10):

- Organizasyonun güçlü yönlerini ve geliştirilmesi gereken alanlarını tanımlar, değerlendirir ve sürekli iyileştirme için fırsat sunar.

- Organizasyonun hem bütün olarak hem de iş birimi düzeyinde değerlendirilmesini sağlar.
- Süreç yönetiminin geliştirilmesini gerektirir.
- Müşteri memnuniyetinin artmasına yönelik uygulamaları gerçekleştirir.
- Çalışanların katılımını sağlar.
- Çalışanların mükemmellik konusunda eğitimini gerektirir.
- Çalışanlarda sorumluluk duygusunu geliştirir.
- İyi uygulamaların ortaya çıkmasını sağlamaktadır.
- İş planı ve stratejilerin oluşturulmasını iyileştirmektedir.
- Günlük faaliyetlere, ilerleme girişimleri entegre edilmektedir.
- Organizasyonların kıyaslama yapmasını kolaylaştırır.
- İyi uygulamaların ortaya çıkmasını sağlamaktadır.
- İyileştirmeye açık alanların belirlenmesini sağlar.
- Performans ile ilgili sonuçlarda gelişme sağlar.
- Uzun vadede maliyetlerin düşmesini sağlar.
- Kalite imajının sürekliliğini sağlar.

Özdeğerlendirme, organizasyonun amaçlarına ve iş mükemmelliğine yönelik durumunu ortaya koyarken, aynı zamanda hayati bilgileri sunmaktadır. Organizasyonun gelişiminin ölçülemediği takdirde yapılan işlerin hiçbir önemi olmamaktadır. Bunun nedeni öncelikle organizasyonun var olan düzeyini belirleyememesi ve dolayısıyla da organizasyon ilerlemelerinin ölçülememesinden kaynaklanan ne gibi gelişmelerin olduğunun bilinmemesidir. Birçok bilim adamı özdeğerlendirmenin organizasyonlardaki performans gelişimini pozitif yönde etkileyeceği konusunda hem fikirdir. Çünkü özdeğerlendirmenin temel amacı güçlü yönlerin ve gelişim fırsatlarının tanımlanmasına olanak sağlamaktır (Karapetrovic ve Willborn, 2001: 366).

2.5.3. Özdeğerlendirme Süreci

Organizasyonlarda bir modeli dikkate alarak yapılacak özdeğerlendirme süreci organizasyonun güçlü ve iyileştirmeye açık alanlarını değerlendirmede objektif ve sistematik bir yol sağlayacaktır. Aynı zamanda organizasyonlarda operasyonel süreçlerin geliştirilmesine ve entegre bir iş planının oluşmasına katkı sağlayacaktır

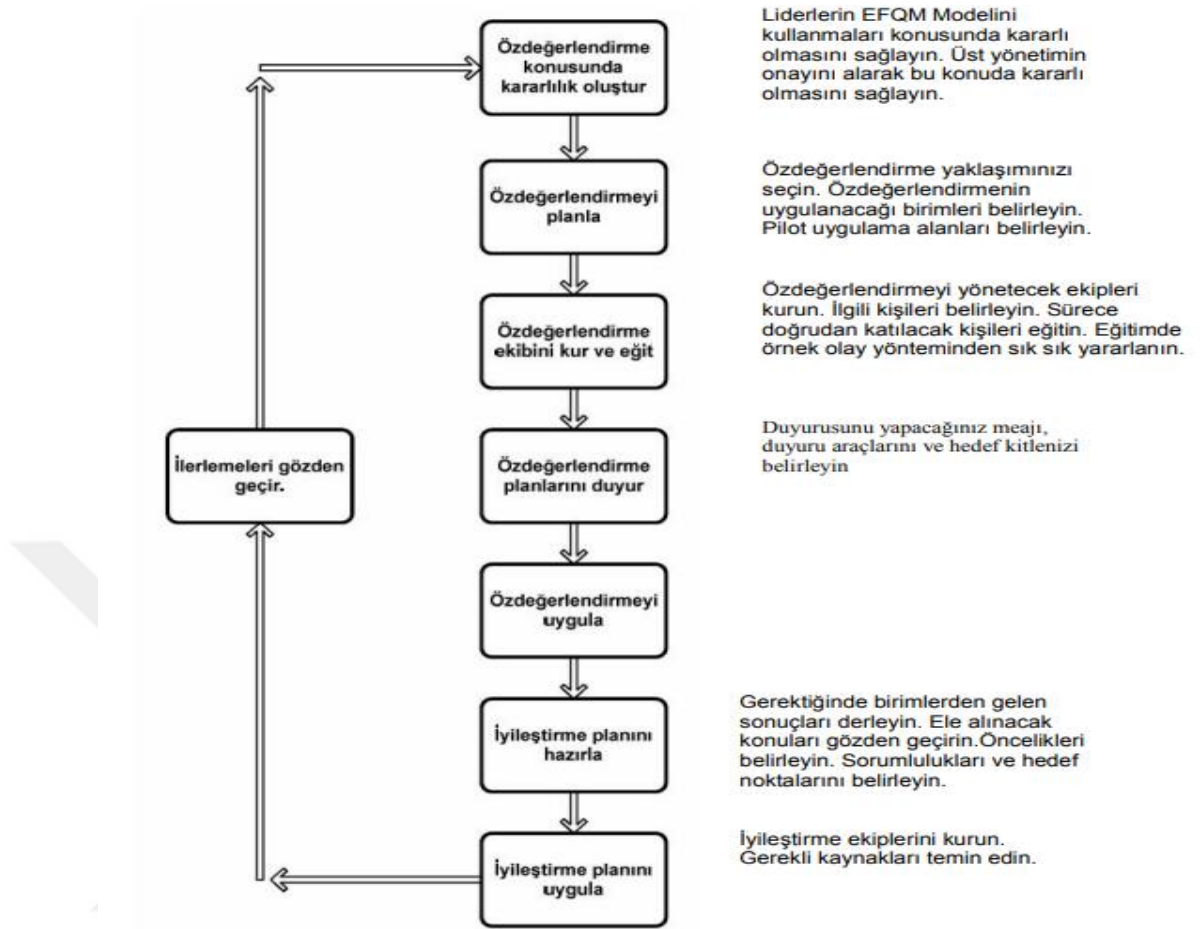
(Bou-Llusar, C., Escrig-Tena, A. B., Roca-Puig, V., Beltran-Martin, I., 2003: 337).
Özdeğerleme yaparken gerekli olan üç etmen şunlardır (Kitapçı, 2001: 32):

- Model: Özdeğerleme çalışmalarında birçok organizasyon kalite ödüllerinin cazip olması, uygulamaların adım adım belirtilmesi, uygulamanın kolay olması gibi nedenlerden ötürü kalite iyileştirme çalışmalarında bu modellerden faydalanmaktadır. Organizasyon elde ettiği sonuçları başarılı organizasyonlarla kıyaslama yapma imkanına sahip olmaktadır. Kıyaslama organizasyonun farklı zamanlardaki kendi performansı arasında da yapılabilir.

- Ölçüm: Organizasyonun kullandığı modelde ya da değerlendirme aracında bulunan kriterlere organizasyonun uygunluğunun sorgulanmasıdır. Organizasyonun performansı ortaya konur. Bu sayede organizasyonun iyileştirme çalışmaları için öncelik sıralaması belli olur.

- Yönetim: Özdeğerleme çalışmalarında yönetim, organizasyonun temel alacağı modelin ya da değerlendirme aracının seçilmesi, planların yapılması, gerekli iletişimin sağlanması ve özdeğerleme sonuçlarının ortaya konması faaliyetlerini yürütür. Üst yönetimin desteği kaçınılmazdır.

EFQM Modelini kullanan bir organizasyonun özdeğerleme süreci üst yönetimle birlikte organizasyondaki tüm liderlerin süreci benimsemesi, bu konuda kararlı olması ve süreci desteklemesi ile başlar. Liderlerin önceliğinde organizasyona uygun özdeğerlendirme yöntemi ve uygulama yapılacak birimler seçilir. Daha sonra özdeğerlendirmeyi yönetecek ekipler oluşturulur ve bilgilendirme eğitimleri düzenlenir. Özdeğerlendirme ekipleri tarafından planlar hazırlanır. Bu planlar doğrultusunda üyelerin görevleri belirlenir ve özdeğerlendirme çalışmaları başlatılır. Özdeğerlendirme sonuçlarına göre öncelikler belirlenerek iyileştirme ekipleri kurulur ve iyileştirme faaliyetleri hazırlanır. EFQM Modelini kullanan bir organizasyonun özdeğerleme süreci aşağıda Şekil 2. 3’de gösterilmektedir.



Şekil 2. 3. Özdeğerleme Süreci

Kaynak: Akaydın, 2010: 138.

2.5.4. EFQM Modeli Özdeğerlendirme Yöntemleri

Organizasyonlarda özdeğerlendirmenin yapılabilmesi için birçok yöntem vardır. Özdeğerlendirme çalışmalarında çoğunlukla soru listesi (anket) yöntemi, matris şema yöntemi, ekip çalışması (çalıştay) yöntemi, özdeğerlendirme formu yöntemi ve ödül benzetimi gibi yöntemler kullanılmaktadır. Bu yöntemler tek başlarına kullanıldığı gibi birden fazla yöntem de bir arada kullanılabilir.

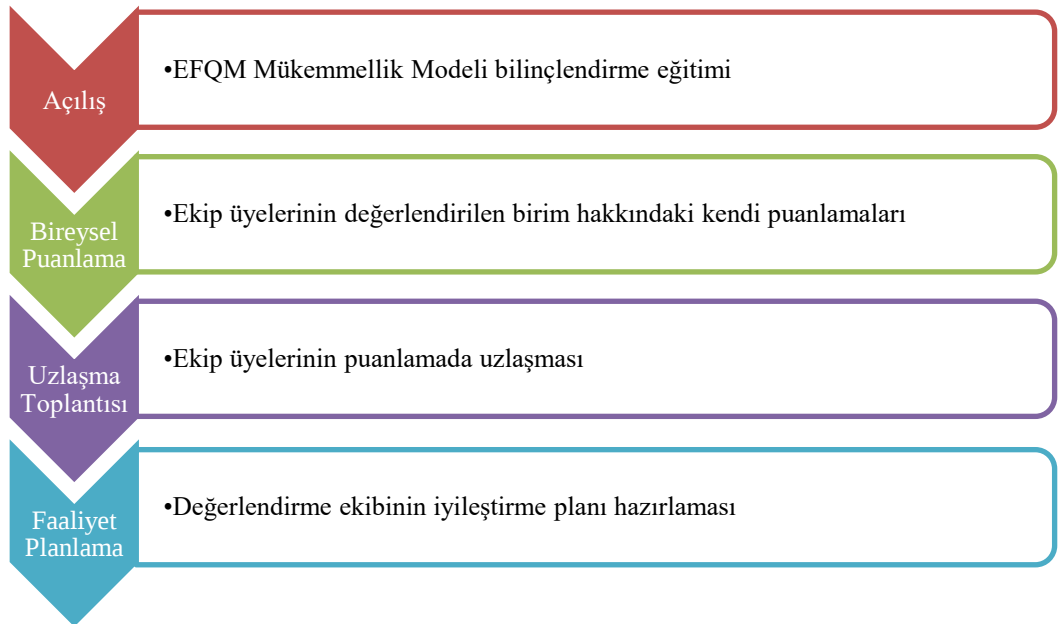
2.5.4.1. Soru Listesi Yöntemi

Anket yöntemi olarak da isimlendirilen bu yöntemde, geçerliliği kanıtlanmış bir takım sorulara cevap aranır. Ankette evet/hayır şeklinde sorular olabileceği gibi, açık uçlu sorular ya da derecelendirmeli soru tipleri de olabilir. Uygulaması oldukça kolay ve hızlı, katılımın fazla olduğu bir yöntemdir. Öncesinde bir eğitime gerek yoktur. Bu

yöntemde soruların açık ve anlaşılır olması, ölçmek istediği kriterlerle ilgili olması gerekir. Anketlerde en çok kullanılan kapalı uçlu soruların yoruma olanak vermemesi de yöntemin dezavantajıdır.

2.5.4.2. *Matris Şema Yöntemi*

Bu yöntemde EFQM Mükemmellik Modeli kriterleri çerçevesinde bir başarı matrisi oluşturulur. Matris 1- 10 arasında değişen ya da benzer bir aralık üzerinde başarı ifadeleri içerir. Ekip üyeleri matris üzerinde organizasyonu değerlendirirler. Ekipler ortak karara varmak için çalıştaylar yaparlar. Genellikle altı ayda bir ya da on iki ayda bir yapılan tekrarlarla, organizasyonun ilerlemesi değerlendirilebilir. Ekip üyelerinin organizasyonun yönetim ekibinden seçilmesi onların kendi birimlerinde planlama ve iyileştirme çalışmalarına katılması imkanını sunar. Yöntem dört aşamadan oluşur. Bu aşamalar aşağıda Şekil 2. 4’de gösterilmektedir.



Şekil 2. 4. Matris Şema Yöntemi

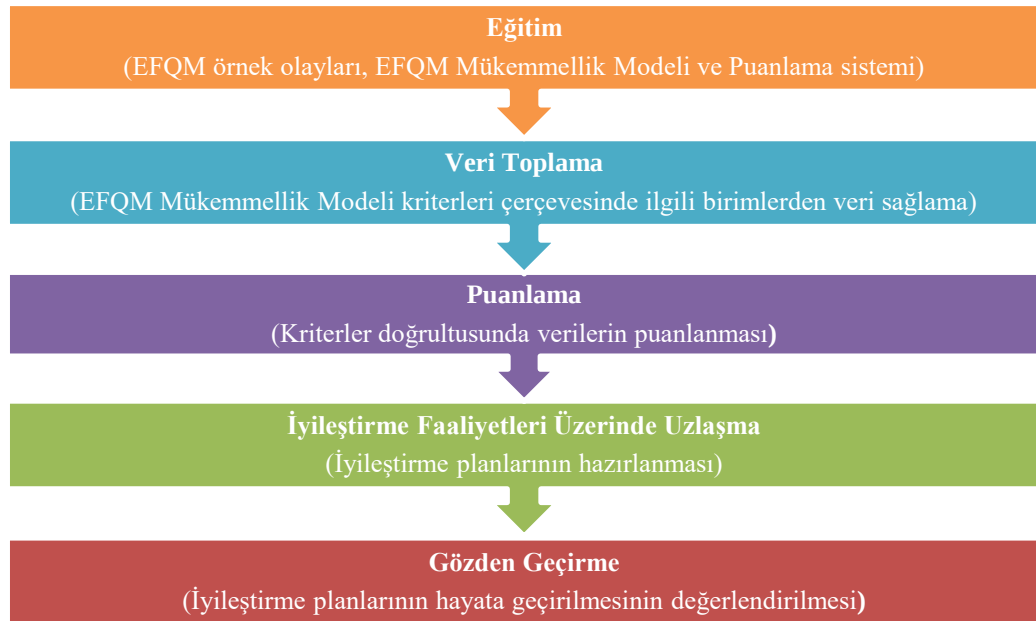
Kaynak: Şimşek, 2007: 75.

(Metinden şekle dönüştürülmüştür).

Herkesin kolaylıkla katılabildiği bir yöntemdir. Matris şema yöntemi, tartışma ve uzlaşmalarla birlikte model kriterlerinin anlaşılmasını ve bu doğrultuda yol almayı sağlar. Bununla birlikte yöntem, organizasyonun kuvvetli yönleri ve iyileştirmeye açık alanları ile ilgili bir liste oluşturmaz ve diğer organizasyonlarla kıyaslama yapmaya elverişli değildir.

2.5.4.3. Ekip Çalışması Yöntemi (Çalıştay)

Çalıştay yöntemi, özdeğerlendirme yapacak birimin yöneticilerinin aktif katılımını gerektirir. Bu durum birim ve organizasyon için bir avantajdır. Yöneticiler bilgilerini diğer yöneticiler ile paylaşırlar. Ekipte yer alan değerlendiricilerin bu konuda eğitim alması gerekir. Yöntem beş adımdan oluşur. Bu aşamalar aşağıda Şekil 2. 5’de gösterilmektedir.



Şekil 2. 5. Ekip Çalışması Yöntemi

Kaynak: Ürüt, 2006: 61.

(Metinden şekle dönüştürülmüştür).

Ekip çalışması yöntemi, yönetimin modeli anlaması ve uygulamada kararlılık göstermesi açısından iyi bir yöntemdir. Yöntem, organizasyonun iyileştirme çalışmalarına yön verecek güçlü yönleri ile iyileştirme gereken yönlerini ortaya koyar.

Buna karşılık iyi bir hazırlık gerektirir ve gerçekçi olmayan puanlamalar ortaya çıkabilir.

2.5.4.4. Ödül Benzetimi Yöntemi

EFQM Mükemmellik Ödülü ve Avrupa’da Ulusal Kalite Ödülüne başvurma süreci aşamalarının yöntem olarak kullanılmasıdır. Başvurma kılavuzundaki tüm adımlar sırasıyla izlenir. Başvuru için oluşturulacak rapor, eğitimli ekipler tarafından hazırlanır ve değerlendirilir. Hazırlanan rapor neticesinde uzlaşma toplantısı yapılarak, üst yönetime geri bildirim sağlanır. Üst yönetim tarafından iyileştirme planları hazırlanır. Ödül benzetimi yönteminin en önemli avantajı ödül başvurusu için ön hazırlık niteliğinde olmasından kaynaklanmaktadır. Organizasyonun güçlü ve iyileştirmeye açık alanları belirlenir. Organizasyon içindeki birimler arasında kıyaslama imkânı sunar. Bununla birlikte fazla kaynağa ihtiyaç olduğundan özdeğerlendirme çalışmalarına yeni başlayan organizasyonlar açısından uygun değildir. Yönetim ekibinden katılım az olabilir, bu durum iyileştirme planlarının uygulanmasını zorlaştırır. Hazırlanan rapor gerçek verileri içermeyebilir.

2.5.4.5. Özdeğerlendirme Formu Yöntemi

EFQM Mükemmellik Modeli çerçevesinde her alt kriter için bir sayfa olacak şekilde özdeğerlendirme formu oluşturulur. Her sayfada alt kriterin açıklaması yapılır. Sayfanın devamında organizasyonun kuvvetli yönleri, iyileştirmeye açık alanları ve kanıtlar yer alır. Organizasyondaki kişiler ya da oluşturulacak bir ekip tarafından hazırlanabilir. Değerlendiricilerin eğitimli olması gerekir. Yöntem, gerçeklere dayalı kanıtların elde edilmesi sayesinde, organizasyonun güçlü ve iyileştirmeye açık alanlarının belirlenmesini sağlar. Organizasyondaki herkes veri toplama sürecine dahil edilebilir. Puanlama kriterleri tutarlıdır. Yöntemin dezavantajı, kriterler çerçevesinde değerlendirme imkânı sunduğundan organizasyon hakkında özet bilgi sunmasıdır.

2.5.5. EFQM Özdeğerlendirme Yöntemlerinin Karşılaştırılması

Özdeğerlendirme çalışmalarında hangi yöntemin kullanılacağı, organizasyonun sahip olduğu kültüre, yapısına, iletişim şekillerine ve özdeğerlendirme yapma amacına bağlı olarak değişir. Organizasyonun özdeğerlendirme yapma amacına uygun olarak

elde edebileceği veriler ve uygulama için gerekli olan imkanlar çerçevesinde aşağıda tabloda yer alan kriterler yöntem seçiminde etkilidir. Tablo 2. 5 özdeğerlendirme yöntemlerini organizasyonun kuvvetli ve iyileştirmeye açık alanlarını belirlemesi, eğitilmiş değerlendirici ihtiyacı, saha ziyareti gerekliliği ve kaynak ihtiyacı gibi açılardan karşılaştırma imkânı sunmaktadır.

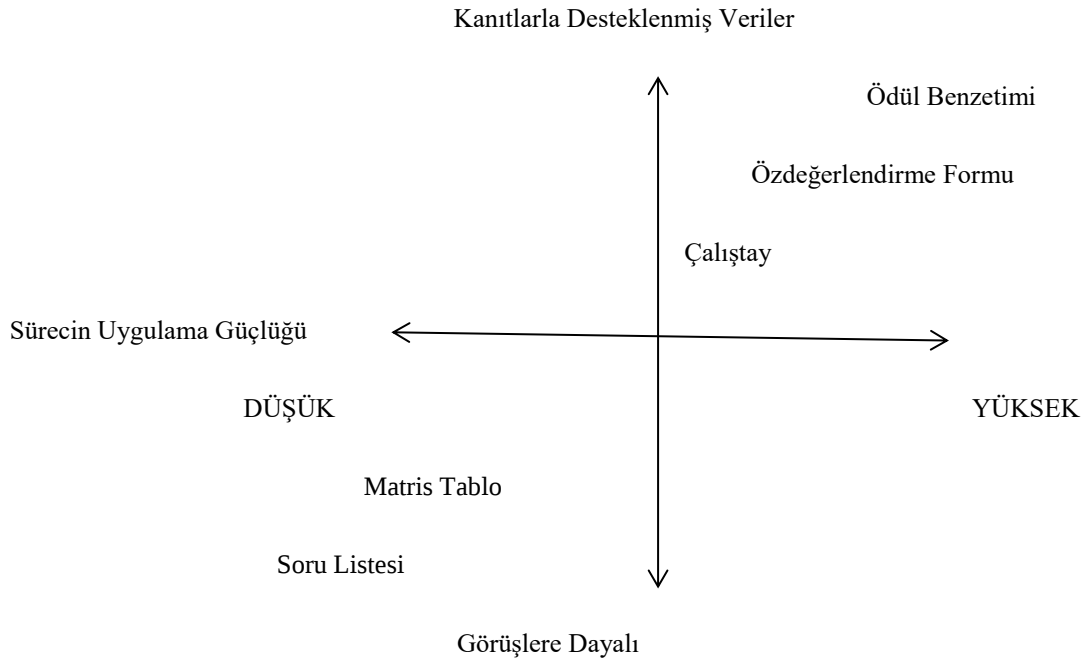
Tablo 2. 5. EFQM Özdeğerlendirme Yöntemlerinin Karşılaştırılması

	Soru Listesi	Matris Şema	Çalıştay	Özdeğerlendirme Formu	Ödül Benzetimi
Kuvvetli ve İyileştirmeye Açık Alanlar	Hayır	Hayır	Evet	Evet	Evet
Puanlamanın Doğruluğu	Düşük	Düşük	Orta	Orta-Yüksek	Yüksek
Model Hakkında Bilgi	Hayır	Hayır	Evet	Evet	Evet
Saha Ziyareti	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır	Evet
Eğitilmiş Değerlendirici İhtiyacı	Hayır	Hayır	Evet	Evet	Evet
Kaynak İhtiyacı	Düşük-Orta	Düşük-Orta	Orta	Orta	Yüksek

Kaynak: EFQM Özdeğerlendirme Yöntemleri ve Uygulama Rehberi’nden aktaran Ürüt, 2006: 64.

Özdeğerlendirme yöntemleri, sürecin uygulama güclüğü ile elde edilen verilerin sağlamlığı (kanıtlara ya da görüşlere dayalı olması) açısından değerlendirildiğinde aşağıdaki şekil oluşmaktadır. “Soru listesi” ile “matris tablo yöntemi” görüşlere dayalı veri elde edilmesini sağlarken, “çalıştay”, “özdeğerlendirme formu” ve “ödül benzetimi yöntemleri” kanıtlarla desteklenmiş veriler elde edilmesini sağlamaktadır. Sürecin uygulama güclüğü açısından değerlendirildiğinde ise en kolay uygulanan yöntem soru

listesi yöntemidir. En zor uygulanan yöntem ise ödül benzetimi yöntemidir. Sağlık kurumlarında tüm özdeğerlendirme yöntemleri fayda sağlayacaktır, ancak “çalıştay”, “özdeğerlendirme formu” ve “ödül benzetimi yöntemleri” kanıta dayalı veriler sunduğundan daha sağlıklı olacaktır. Belirlenen üç kriter çerçevesinde yöntemlerin düşük düzeyden yüksek düzeye doğru sıralandıkları Şekil 2. 6, aşağıda gösterilmektedir.



Şekil 2. 6. EFQM Özdeğerlendirme Yöntemlerinin Analiz Eksenleri

Kaynak: Çarıkçı, 2006: 50.

2.6. TÜSİAD-KALDER KALİTE ÖDÜLÜ TÜRLERİ

1991’de başlatılan Avrupa Kalite Ödülünün (EFQM) ana amacı Avrupa işletmelerinde TKY’nin uygulanmasını ve desteklenmesini sağlamaktır. Bu ödülün kurumsallaştırılmasında etkili olan güdüleyici faktör ise, 1988’de Batı Avrupa’da yer alan 14 Avrupa ülkesinin girişimiyle kurulan “Avrupa Kalite Yönetimi Vakfı”nın, Avrupa Kalite Organizasyonu ve Avrupa Komisyonunun desteği ile Amerika’daki kalite hareketi ile rekabet edebilmektir. “EFQM Mükemmellik Modeli” olarak bilinen bu ödül kuruluşundan bu yana Avrupalı kuruluşların global rekabet avantajını desteklemek amacıyla kullandıkları bir strateji olarak hizmet etmektedir (Madu, 1998:

759). Bu ödül Türkiye’de TÜSİAD/KalDer Ödülü olarak Türkiye Kalite Derneği tarafından verilmektedir. Avrupa Kalite Ödülü kriterlerini uygulamaya koymak, amacı ödül kazanmak olsun ya da olmasın, TKY için gayret gösteren her organizasyon için yararlıdır (Halis, 2010: 92). Ödül, organizasyonların kalite gelişimi açısından oldukça önemli yardımcı bir rol üstlenir. TÜSİAD/KalDer Ödülü, Kalder tarafından Türkiye’de organizasyonların kalite ve verimliliğini arttırmayı sağlamak, TKY’nde başarılı olan organizasyonları ortaya çıkarmak ve diğer organizasyonlara örnekler oluşturmak amacıyla verilmektedir. Türkiye’de ödül, “Avrupa Kalite Yönetimi Vakfı” modeli temel alınarak ilk defa 1993 yılında oluşturulmuştur. Ödül, her yıl düzenli olarak Tüsiad ve Kalder tarafından “Tüsiad-Kalder Kalite Ödülü” adında verilmektedir (Paköz, 2010: 33). EFQM Mükemmellik Modeli dinamik bir yapıdadır. Model, günümüz değişim ve gelişmelerine paralel olarak kendini yenilemektedir. Küresel yönetim anlayışı çerçevesinde geliştirilen yeni model 23-24 Ekim 2019 tarihinde Helsinki EFQM Forumunda tanıtılmıştır. EFQM Mükemmellik Ödülü yeni model kriterleri ile değerlendirilmeye devam edecektir. Ödül ulusal ve uluslararası alanda faaliyet gösteren birçok organizasyona verilmektedir. Farklı ülkelerde olduğu gibi Türkiye’de de sağlık sektöründe yer alan hastaneler ödülü alabilmek için başvuru yapabilmektedirler. Aşağıda yer alan ödül aşamaları içerisinde Türkiye’de ödül almış başarılı hastane örnekleri yer almaktadır.

2.6.1. Mükemmellikte Kararlılık

Organizasyonların mükemmelliğe ulaşmasında ilk adım ödüldür. Organizasyonların performanslarının saptanması ile güçlü yönleri ve iyileştirmeye açık yönlerinin belirlenmesine yardımcı olur. Mükemmellikte kararlılık için iki farklı seçenek vardır (Türkiye Kalite Derneği, 2019):

1. Proje Doğrulama: İki aşamadan oluşur. İlk aşamada, organizasyon yaptığı özdeğerlendirme sonucu üç iyileştirme faaliyeti (projesi) belirler. İkinci aşamada EFQM değerlendiricisi organizasyona yaptığı bir günlük saha ziyareti ile iyileştirme projesinden elde edilen sonuçları değerlendirir. Değerlendirici tarafından üç proje ayrı ayrı değerlendirilir ve geri bildirim raporu oluşturulur. İyileştirme projeleri başarılı bulunan organizasyonlar EFQM Mükemmellikte Kararlılık belgesi alırlar.

2. Değerlendirme: Organizasyon tarafından kurumu ve faaliyetlerini tanıtan bir sunum hazırlanır. Sunum teslim edildiğinde iki değerlendirici organizasyonu ziyaret eder. EFQM Modeli kriterleri çerçevesinde değerlendirmeler yapar ve geri bildirim raporu hazırlarlar. Değerlendirme sonunda alınan puana göre organizasyona EFQM “Mükemmellikte Kararlılık” ya da “2 Yıldız belgesi” verilir.

Türkiye’de sağlık organizasyonları içerisindeki hastaneler arasından “Mükemmellikte Kararlılık” belgesini ilk olarak 2008 yılında Karabük Devlet Hastanesi almıştır. 2017 yılında ise bu belgeyi Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri almaya hak kazanmıştır (2017 Türkiye Mükemmellik Ödülleri Kitapçığı, 2018: 38).

2.6.2. Mükemmellikte Yetkinlik

Mükemmellikte yetkinlik, özdeğerlendirme hazırlamakta deneyim sahibi olan organizasyonlar için uygundur. Organizasyonların mevcut yönetim ve yaklaşımlarının ne derece başarılı olduğunu ortaya koyan raporlar sunar. Yeni öğrenme ve iyileştirme fırsatları sunar. Organizasyonlar özdeğerlendirme raporları ile başvuruda bulunurlar. Değerlendirici ekibi organizasyona saha ziyareti yapar. Ekip; gözlem, görüşme, toplantı ve dokümanların incelenmesi yolu ile geri bildirim raporu hazırlarlar. Hazırlanan rapor sonucunda mükemmellikte yetkinlik için belirlenen puanı almaya hak kazanan organizasyon başarılı kabul edilir. Onay belgesini alan organizasyon bu belgeyi her türlü tanıtım ve ticari faaliyetlerinde kullanıma açabilir. Yetkinlik seviyesi organizasyonun değişimi yönetmek, sürekli gelişmeyi sağlamak, stratejisi doğrultusunda ortaya koyduğu sonuçları elde etmek ve mükemmel sonuçlar sağlamak gibi etmenlere bağlı olarak 3, 4 ya da 5 yıldız olarak belirlenir. Ülkemizde “Mükemmellikte Yetkinlik” belgesi alarak başarı kazanan hastaneler sıralandığında; 2007 yılında Kadıköy Şifa Hastanesi Mükemmellikte 4 Yıldız Yetkinlik belgesi alan ilk hastanedir. 2009 yılında T.C. Sağlık Bakanlığı Doç. Dr. Mustafa Kalemli Tavşanlı Devlet Hastanesi “Mükemmellikte 4 Yıldız Yetkinlik belgesi” almıştır. Aynı yıl T.C. Sağlık Bakanlığı Bursa Zübeyde Hanım Doğumevi Hastanesi de “Mükemmellikte 4 Yıldız Yetkinlik belgesi” almıştır. Yine 2009 yılında T.C. Sağlık Bakanlığı Karabük Devlet Hastanesi “Mükemmellikte 3 Yıldız Yetkinlik belgesi” almıştır. 2010 yılında T.C. Sağlık Bakanlığı Karabük Devlet Hastanesi “Mükemmellikte 4 Yıldız Yetkinlik belgesi” almıştır. Özel Medicana International Ankara Hastanesi 2012 yılında

“Mükemmellikte 4 Yıldız Yetkinlik belgesi” almaya hak kazanmıştır. Medikal Park İzmir Hastanesi 2016 yılında “Mükemmellikte 4 Yıldız Yetkinlik Belgesi” almış, 2017 ve 2018 yıllarında ise “Mükemmellikte 5 Yıldız Yetkinlik belgesi” almaya hak kazanmıştır (2018 Türkiye Mükemmellik Ödülleri Kitapçığı, 2019: 41).

2.6.3. Türkiye Mükemmellik Ödülü

Türkiye Mükemmellik Ödülü’nün amacı sektöründe lider, EFQM Mükemmellik Modeli çerçevesinde en iyi performansı göstermiş, başarılı organizasyonları tanıtmaktır. Organizasyon tarafından hazırlanan özdeğerlendirme raporu, organizasyona gelen değerlendiricilerin bir hafta süren saha ziyaretleri ile değerlendirilir. Değerlendirme ekibi tarafından hazırlanan geri bildirim raporu bağımsız bir jüri tarafından incelenerek puan verilir. Bu süreç organizasyonun ilk başvurdan itibaren yaklaşık dokuz ay sürer. Ödül sahipleri her yıl düzenlenen geleneksel Kalite Kongresi sonunda tanıtılarak ödülleri alırlar. Türkiye Mükemmellik Ödülü son derece prestijli bir ödüdür. Türkiye’de ilk defa 2001 yılında T.C. Sağlık Bakanlığı Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı ve Araştırma Hastanesi, “Türkiye Mükemmellik Ödülünü” kazanan hastane olmuştur. TC. Sağlık Bakanlığı Eskişehir Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi 2005 yılında “Türkiye Mükemmellik Jüri Teşvik Ödülü” kazanmış, 2006 yılında ise yaptığı çalışmalar sonucunda “Türkiye Mükemmellik Ödülünü” kazanmaya hak kazanmıştır. 2009 yılında Özel Kadıköy Şifa Hastanesi “Türkiye Mükemmellik Ödülünün” sahibi olmuştur. TC. Sağlık Bakanlığı Karabük Devlet Hastanesi 2011 yılında “Türkiye Mükemmellik Jüri Teşvik Ödülü” kazanmıştır (2017 Türkiye Mükemmellik Ödülleri Kitapçığı, 2018: 29).

2.6.4. Mükemmellikte Süreklilik Ödülü

Türkiye Mükemmellikte Süreklilik Ödülünün amacı, Türkiye Mükemmellik Ödülünü alan organizasyonları aradan geçen zamana rağmen mükemmel performanslarını ve sürekli gelişimlerini sürdürdükleri için yeniden tanımaktır (Türkiye Kalite Derneği (Kalder), 2019). Türkiye Mükemmellik Ödülünü alan organizasyonlar en az üç yıl sonra bu ödüle başvuru yapabilirler. Organizasyon tarafından yapılan başvuru sonrasında organizasyondan istenecek belgeler ve kılavuz dokümanlar organizasyona teslim edilir. Organizasyon gerekli belgeleri ve özdeğerlendirme

raporunu hazırlar. Değerlendiriciler yaptıkları saha ziyaretinde model kriterleri çerçevesinde uygulamaların ne şekilde sürdürüldüğü ve organizasyonun daha önce aldığı ödülünden sonra yapılan iyileştirmelerin ve performansının değerlendirmesini yaparlar. Ödül esasen Türkiye Mükemmellik Ödülü kriterlerini sağlayıp sürdürmeye devam eden organizasyonlara verilir. Ödül, başarılı organizasyonlar için itici bir güç olarak motivasyon kaynağıdır. Bu ödülü ilk defa Türkiye'deki hastaneler arasından kazanan 2009 yılında TC. Sağlık Bakanlığı Eskişehir Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi olmuştur (2017 Türkiye Mükemmellik Ödülleri Kitapçığı, 2018: 28).



3. BÖLÜM: ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİNDE BİR ARAŞTIRMA

3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI, KAPSAMI, ÖNEMİ VE YÖNTEMİ

3.1.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nde uygulanan Toplam Kalite Yönetimi uygulamalarının araştırılmasıdır. Sağlık organizasyonlarında Toplam Kalite Yönetimi sisteminin oluşturulabilmesi için gerekli olan kriterlerin EFQM Mükemmellik Modeli ile incelenmesi ve değerlendirilmesidir. Sağlık hizmeti sunan kurumların mükemmellik seviyelerini, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi örneği ile belirlemektir. Bu sayede EFQM Mükemmellik Modelini uygulamak isteyen organizasyonlara ve mükemmeliyet merkezlerine örnek bir model sunarak, rehber olmaktır. Aynı zamanda Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezinin güçlü yönlerini belirlemek, geliştirmeye açık yönlerini ortaya koymak, böylece performansına ve uygulanmakta olan TKY'ye katkı sağlamaktır. Bununla birlikte, EFQM Mükemmellik Modeli en son 2019 yılında güncellendiğinden, yenilenen kriterler çerçevesinde yapılacak değerlendirmenin bu konuda çalışma yapan araştırmacılar ve organizasyonlarla paylaşılarak fayda sağlanması amaçlanmaktadır.

3.1.2. Araştırmanın Kapsamı

Bu çalışma, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Toplam Kalite Yönetimi uygulamalarının incelenmesini ve değerlendirilmesini kapsamaktadır. Araştırmada, örneklem olarak Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nin seçilmesindeki amaç, hastanenin başarı ya da başarısızlığına etki eden Toplam Kalite Yönetimi uygulamalarını derinlemesine inceleyebilmektir. Çalışma; 2015, 2016, 2017, 2018, 2019 ve 2020 yıllarına ait kantitatif bilgilerin yanı sıra, kalitatif bilgileri ve verilerin vaka (durum) çalışmasıyla değerlendirilmesini kapsamaktadır.

Araştırmaya konu olan Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi'nin 7000 dönümlük Kurupelit yerleşkesi içerisinde bulunan Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Karadeniz Bölgesi'nin en büyük ve en donanımlı hastanesi olup yaklaşık 1037 (tescilli ve tescilsiz) yatak kapasitesi ile hizmet vermektedir. Hastanenin 45 tane servisi, 21 ameliyat odası bulunmaktadır. Hastanede yılda yaklaşık olarak 24.400 ameliyat yapılmaktadır. Hastanenin Acil Servisi ve Yoğun Bakımları modernize edilerek yenilenmiştir. Ameliyathanelerde minimal invaziv cerrahilerin yapılabileceği cihazlar mevcuttur. Çocuk yoğun bakım servisi 19 yatak kapasitesi ile hizmet verirken, yenidoğan servisi 33 hasta kapasitesine sahiptir. Hastanede, ileri teknoloji ürünü tanı ve tedavi cihazlarının çoğu (Multislice BT, yüksek teslalı MR, Dijital Anjio sistemleri, Lineer Akseleratör, ESWL cihazı, Holmium ve Greenlight Lazer sistemleri vb.) hizmet vermektedir. Tüp bebek merkezi ile çocuk kök hücre nakil merkezi hastanenin diğer birimleridir. Hastane ayrıca, modern donanımlı onkoloji-kemoterapi uygulama ünitesine sahiptir. Aralık 2005'ten itibaren şehir merkezinde bir binası dahilinde hastalara kemoterapi ve diyaliz hizmeti sunulmaktadır. Şehir Merkezinde, 2009 yılından itibaren Tıp Merkezi adı altında sağlık hizmeti sunmaya devam edilmektedir. OMÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi üç bine yakın çalışanı ile hizmet sunmaktadır. Hastanede sağlık hizmetlerinin uluslararası akreditasyon ve standardizasyon çalışmaları yoğun bir şekilde devam etmekle birlikte finansal ve tıbbi olarak tam otomasyona geçiş tamamlanmıştır (OMÜ Tıp Fakültesi, 2021).

3.1.3. Araştırmanın Önemi

Sağlık kurumlarında Toplam Kalite Yönetimi'nin ön planda olduğu günümüzde bu çalışma, sağlık kurumlarında uygulanan Toplam Kalite Yönetimi uygulamalarının EFQM Mükemmellik Modeli ile değerlendirilmesini içermektedir. Çalışmada Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nden elde edilen veriler ile bir özdeğerlendirme hazırlanmış, kurumun güçlü yönleri ile iyileştirmeye açık yönleri ortaya konmuştur. Bu bakımdan çalışmanın öncelikli olarak Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nin uygulamalarına, sonrasında ise diğer sağlık kurumlarının uygulamalarına katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Çalışma, 2019 yılında güncellenen EFQM Mükemmellik Modeli kriterleri ile hazırlandığından yeni model ile yapılan öncü bir çalışma olarak kabul edilebilir. Dolayısıyla bu konuda

yapılacak olan araştırmalara ve bilim insanlarına ışık tutması umut edilmektedir. Çalışmada ayrıca sağlık kurumlarının performansını arttıracak öneriler ve tavsiyeler sunulmaktadır.

3.1.4. Araştırmanın Yöntemi

Sağlık kurumlarında Toplam Kalite Yönetimi uygulamalarına ilişkin tespitler sunan bu araştırma, nitel araştırma yöntemlerinden vaka (durum) çalışması deseni kullanılarak hazırlanmıştır. Nitel araştırma yöntemlerinden olan durum çalışması, belirli bir sistemin nasıl işlediği ve çalıştığı hakkında sistematik bilgi sağlamak için çoklu veri toplama yöntemleri kullanılarak o sistemin derinlemesine incelenmesini içeren metodolojik bir yaklaşımdır (Chmiliar, 2010: 582). Çalışmada, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi TKY uygulamaları incelenmiştir. Araştırma yapılan Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi kalite yönetim birimindeki kişilerle ve diğer ilgili birimlerdeki yetkililerle görüşülmüş, konuyla ilgili detaylı veriler için nitel araştırma yöntemi tercih edilmiştir. Yapılan mülakatlarda yarı yapılandırılmış görüşme tekniği kullanılmıştır. Bununla birlikte çalışmanın veri toplama sürecinde görüşmeler dışında dokümanlar, arşiv kayıtları, gözlem ve fiziksel olanaklar değerlendirilmiştir. Çalışmada, performans değerlendirilmesi yapılırken, 2019 yılında yenilenen kriterleri ile EFQM Mükemmellik Modeli, organizasyonun incelenmesi aşamasında bize yardımcı olmuştur.

3.2. ARAŞTIRMANIN ANALİZİ VE BULGULAR

Araştırmanın verileri EFQM Mükemmellik Modeli kriterleri ile analiz edilmiştir. EFQM Mükemmellik Modeli Avrupa’da ve dünyada en çok kullanılan özdeğerlendirme araçlarından bir tanesidir. Model, organizasyonlara mükemmelliğe gidilen yolda nerede olduklarını gösteren bir kalite yönetim modelidir (Bekar, 2015: 1). Bu nedenle çalışmada özdeğerlendirme aracı olarak kullanılmıştır.

3.2.1.Yön

OMÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezinin amaç, vizyon ve stratejisini ortaya koyan, örgüt kültürü ve liderlik uygulamalarıyla organizasyonu konumlandıran bu kriter, iki alt kriterden oluşmaktadır.

3.2.1.1. Kriter 1: Amaç, Vizyon ve Strateji

Misyon, organizasyonun varoluş nedenidir ve strateji oluşturma sürecinin başlangıç noktasıdır. Organizasyonun stratejisi hazırlanırken, oluşturulan misyon stratejilere yol gösterecektir. Organizasyonun kuruluş nedeninin yanında misyonu, hangi ürünleri nerede ve nasıl üreteceği, hangi hizmetleri sunacağı, iş felsefesinin ne olacağı, hangi değerlere sahip olacağı, bu sayede diğer işletmelerden farkının ne olacağını ortaya koymuş olacaktır (Ülgen ve Mirze, 2010: 68). Organizasyonlarda misyon, vizyona ulaşmada önemli araçtır. Vizyon, organizasyona bir gelecek tasvir eder. Bu tasvir yöneticilerin uzun dönemli ve temel kararlarını ortaya koyar. Vizyon, aynı zamanda yöneticilere motivasyon ve ek sinerji sağlar (Dinçer, 1998: 27). Strateji için esas olan, arzulanan sonuçlara ulaşmaktır. Stratejide organizasyon ve çevresi dikkate alınır. Strateji bir plan olarak ifade edilebilirse de plandan daha dinamik ve organizasyonun ulaşmak istediği sonuçları etkileyebilecek rakip ya da rakiplerin olası faaliyetlerinin de ele alınmasını gerektirir (Ülgen ve Mirze, 2010: 35).

1a. Amaç, Vizyon ve Stratejiyi Tanımlama

OMÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezinin misyonu; “Araştıran, öğrenen, çözümleyen, öncü, girişimci ve değerlere bağlı bireyler yetiştirmek; bilimsel araştırmaların niteliğini ve yenilikçi özelliğini artırmak; paydaşlara üst düzeyde hizmet sunmaktır”. Vizyonu ise; “Bilim ve teknolojiye yeniliğin, eğitim ve öğretimde niteliğin, hizmette paydaş memnuniyetinin üst düzeyde olduğu, özenilen bir üniversite olmak” şeklinde ifade edilmiştir (OMÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, 2021). Bununla birlikte, OMÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi yönetmeliğine göre kurumun amacı aşağıda maddeler halinde yer almaktadır (OMÜ SUVAM Yönetmeliği, 2015: 1):

- Sağlık hizmeti almak için Merkeze başvuran acil ve diğer hastalara tıp bilimi ve teknolojisinin tüm imkanlarını kullanarak ayakta veya yatırılarak çağdaş teşhis ve tedavi hizmeti sunmak,
- Hekim ve sağlık personeli yetiştirmek,
- Tıp Fakültesi ve Üniversite bünyesindeki sağlık hizmetleri ile ilgili alanlarda eğitim ve öğretim veren fakülte, enstitü, yüksekokul, uygulama ve araştırma

merkezleri ile bilim adamı ve araştırmacılara, eğitim ve öğretim, araştırma, yayın ve uygulama imkânı sağlamak, eğitim ve sağlık hizmetlerinde verimliliği artırmak,

- Merkezin stratejik plan ve hedefleri çerçevesinde modern işletme yönetimi ilkeleri doğrultusunda faaliyette bulunmasını ve ulaşılabilir kaliteli sağlık hizmeti vermesini sağlamaktır.

OMÜ SUVAM amacını gerçekleştirmek üzere aşağıdaki faaliyetlerde bulunur (OMÜ SUVAM Yönetmeliği, 2015: 2):

- a) Sağlık hizmeti almak üzere merkeze başvuran hastalara çağdaş, bilimsel ve güvenilir sağlık hizmeti vermek,
- b) Üniversite bünyesinde faaliyet gösteren tıp doktoru ve yardımcı sağlık personeli yetiştiren fakülte ve diğer eğitim-öğretim birimleri öncelikli olmak üzere, sağlık araştırma ve uygulama faaliyetlerine ilişkin alt yapıyı hazırlamak,
- c) Merkezin bulunduğu bölgesel ve ulusal sağlık seviyesinin korunması ve geliştirilmesi için ilgili kamu kurum ve kuruluşlarıyla ortak projeler geliştirmek,
- ç) Sağlıklı bir toplumun geliştirilmesi için gerektiğinde kamu ve özel sektör kurum ve kuruluşları ile işbirliği yaparak ülke düzeyinde bilim ve toplum arasında bütünleşme görevini üstlenmek,
- d) Ulusal ve uluslararası kamu ve özel sektör kurum ve kuruluşlarına merkez amaçları doğrultusunda projeler hazırlamak, eğitim programları düzenlemek, bilimsel mütalaada bulunmak ve benzeri hizmetleri vermek,
- e) Toplumun sağlıklı yaşam konusunda bilgilendirilmesi ve eğitilmesi amacıyla, kitap, dergi, broşür ve benzeri basımları yapmak, yazılı ve görsel basın organlarında programlar düzenlemek,
- f) Rektörlüğün ve merkez organlarının kararlaştıracığı diğer faaliyetlerde bulunmak.

OMÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezinin yönetim organları şunlardır (OMÜ SUVAM Yönetmeliği, 2015: 3):

- a) Merkez Müdürü,
- b) Yönetim Kurulu,

- c) Danışma Kurulu,
- ç) Başhekim,
- d) Hastane Başmüdürü,
- e) Hastane Müdürü,
- f) Hemşirelik Hizmetleri Müdürü.

OMÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi stratejisi, “Sağlık hizmetlerine tahsis edilen kaynakların verimli kullanılması ve hasta refahını artırmaktır” (OMÜ 2019-2023 Stratejik Plan, 2018: 36). Stratejisini destekleyen kalite politikası ise; “Ondokuz Mayıs Üniversitesi, kaynakları etkin kullanan, sürekli iyileştirme felsefesini benimseyen, bağımsız tüm birimlerini bütüncül bir sistem içerisinde değerlendiren ve paydaşlarını sisteme dahil eden bir kalite yönetim anlayışına sahiptir” şeklindedir (OMÜ Kalite El Kitabı, 2019: 11).

1b. Paydaşların Gereksinimlerini Belirleme ve Anlama

OMÜ üst yönetimi, paydaş ihtiyaç ve beklentilerinin doğru olarak tespit edilmesi, anlaşılması, en yüksek düzeyde karşılanması ve memnuniyetin artmasını sağlamak üzere paydaş odaklı süreç yönetimi yaklaşımını benimser. OMÜ paydaş memnuniyetini artırmak için, kalite yönetim sistemi süreçlerinde karşılaşılabileceği riskleri ve değerlendirebileceği fırsatları ilgili tarafların ihtiyaç ve beklentilerini dikkate alarak belirler. OMÜ, paydaşları ile olan ilişkilerini mevzuata uygun olarak “paydaş ilişkileri süreci” ve “geri bildirim yönetim prosedürü” aracılığıyla yürütür. OMÜ üst yönetimi, paydaş odaklı politikasının sürekliliğini ve etkinliğini “Kalite Yönetim Sistemi (KALEM) Geri Bildirim Modülü” ile güvence altına alır. Paydaş ilişkileri sürecinin başarısı KALEM üzerinden izlenir ve yılda bir defa Yönetimin Gözden Geçirmesi (YGG) toplantılarında gözden geçirilerek etkinlikleri itibarıyla değerlendirilir. Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Kalite Yönetim Sistemi ile ilgili tarafları ve bu tarafların ihtiyaç ve beklentilerini mevzuat hükümlerini de dikkate alarak paydaş analizi yoluyla belirler ve Ondokuz Mayıs Üniversitesi ilgili taraflar ve beklentileri tablosunda yer verir (OMÜ Kalite El Kitabı, 2019: 10). Aşağıda gösterilen Tablo 3. 1’de OMÜ’nün paydaş listesi ve paydaşların öncelik sırası yer almaktadır.

Tablo 3. 1. OMÜ Paydaş Listesi

Paydaşlar	Hizmet Alanlar	İç Paydaş	Dış Paydaş		Neden Paydaş	Öncelik
			Temel Ortaklar	Stratejik Ortaklar		
Öğrenciler	✓	✓			Hizmet ve Faaliyetlerden etkileniyor	1
Hastalar ve Yakınları	✓			✓	Hizmet ve Faaliyetlerden etkileniyor	2
Üniversitemiz İnsan Kaynakları		✓			Hizmet ve Faaliyetleri etkiliyor	1
Başbakanlık			✓		Hizmet ve Faaliyetleri etkiliyor	2
Devlet Personel Başkanlığı			✓		Hizmet ve Faaliyetleri etkiliyor	3
TÜBİTAK				✓	Hizmet ve Faaliyetleri etkiliyor	2
ÖSYM			✓		Hizmet ve Faaliyetleri etkiliyor	1
Kamu İhale Kurumu			✓		Hizmet ve Faaliyetleri etkiliyor	2
Sosyal Güvenlik Kurumu			✓		Hizmet ve Faaliyetleri etkiliyor	2
Kalkınma Bakanlığı			✓		Hizmet ve Faaliyetleri etkiliyor	1
Millî Eğitim Bakanlığı			✓		Hizmet ve Faaliyetleri etkiliyor	1
Sağlık Bakanlığı			✓		Hizmet ve Faaliyetleri etkiliyor	2
Maliye Bakanlığı			✓		Hizmet ve Faaliyetleri etkiliyor	1
Yüksek Öğretim Kurulu			✓		Hizmet ve Faaliyetleri etkiliyor	1
Üniversitelerarası Kurul			✓		Hizmet ve Faaliyetleri etkiliyor	1
Sayıştay			✓		Hizmet ve Faaliyetleri etkiliyor	1
İl Kamu Kurumları				✓	Hizmet ve Faaliyetleri etkiliyor	3
Ulusal ve Yerel Medya				✓	Hizmet ve Faaliyetleri etkiliyor	3
Valilik			✓		Hizmet ve Faaliyetleri etkiliyor	1
Sivil Toplum Kuruluşları				✓	Hizmet ve Faaliyetleri etkiliyor	3
Mezunlar				✓	Hizmet ve Faaliyetleri etkiliyor	2
Yasama ve Yargı Organları				✓	Hizmet ve Faaliyetleri etkiliyor	3
Yerel Yönetimler				✓	Hizmet ve Faaliyetleri etkiliyor	2
Yurt içi ve Yurt dışı Üniversiteler				✓	Hizmet ve Faaliyetleri etkiliyor	2
Araştırma Kurumları				✓	Hizmet ve Faaliyetleri etkiliyor	2
Sanayi Kuruluşları				✓	Hizmet ve Faaliyetleri etkiliyor	2

1: Önemli / Güçlü

2: Önemli / Zayıf

3: Önemsiz / Güçlü

Kaynak: OMÜ 2014-2018 Stratejik Plan, 2013: 62.

Tablo 3. 1'e göre hizmet sunulan OMÜ SUVAM'da hasta ve yakınları hizmet ve faaliyetlerden etkilenen ikinci sırada öncelikli paydaşlardır. Hizmeti sunan çalışanlar hizmet ve faaliyetleri doğrudan etkilediklerinden birinci sırada öncelikli paydaşlardır. Bunların dışında sunulan hizmet ve faaliyetleri etkileyen Yasama ve Yargı Organları, Sayıştay, Sağlık Bakanlığı, Sosyal Güvenlik Kurumu, Maliye Bakanlığı, Yükseköğretim Kurulu, Üniversitelerarası Kurul, Yurt içi ve Yurt dışı Üniversiteler, Millî Eğitim Bakanlığı, Valilik, İl Kamu Kurumları, Yerel Yönetimler, Araştırma Kurumları ve Sanayi Kuruluşları gibi paydaşlar mevcuttur.

1c. Ekosistemi, Kendi Yeterliliklerini ve Başlıca Zorlukları Anlama

OMÜ SUVAM, ekosistemi, kendi yeterliliklerini ve başlıca zorlukları anlamak amacıyla birçok analizler yapmaktadır. Ondokuz Mayıs Üniversitesinin stratejik amaçları ve hedefleri ile ilgili olan ve kalite yönetim sisteminde amaçlanan sonuçlarına ulaşabilmesini etkileyen iç ve dış hususlar mevcuttur. Bu hususlar, stratejik planlama ve kurum iç değerlendirme faaliyetlerinde tespit edilen GZFT (SWOT) analizlerinden yararlanmak suretiyle belirlenmektedir ve Ondokuz Mayıs Üniversitesi İç ve Dış Hususlar Tablosunda gösterilmektedir. Tablolara ekler kısmında yer verilmiştir.

Ondokuz Mayıs Üniversitesi, iç ve dış hususları ile ilgili bilgiyi, olumlu ve olumsuz etkenleri de içerecek şekilde;

- a. Stratejik plan çalışmalarında gerçekleştirilen GZFT (SWOT) ve benzeri analiz sonuçlarını,
- b. Yükseköğretim Kurulu (YÖK) Kalite Güvence Sistemi kapsamında yürütülen Kurum İç Değerlendirme faaliyeti sonuçlarını,
- c. İç kontrol değerlendirme sonuçlarını, dikkate alarak her yıl YGG toplantılarında izler ve gözden geçirir (OMÜ Kalite El Kitabı, 2019: 4).

Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezini de içine alan, OMÜ'nün Kalite Yönetim Sisteminde yer alan GZFT (SWOT) analizine göre kurumun güçlü ve zayıf yönleri ile fırsat ve tehditler aşağıda sıralanmıştır (OMÜ Kalite Yönetim Sistemi, 2019):

Kurumun güçlü yönleri:

- Karadeniz Bölgesi'nin en büyük sağlık araştırma ve uygulama merkezlerine sahip olunması,
- Uluslararası öğrenci sayısının Türkiye ortalamasının üstünde olması,
- Araştırma ve eğitim alt yapısı güçlü, barınma, beslenme, kültürel ve sosyal imkânları geniş doğal, huzurlu ve güvenli kampüslerin varlığı,
- Güçlü bir uzaktan eğitim sisteminin olması,
- Üniversite dışı kurum ve kuruluşlar ile güçlü iş birliklerinin varlığı,
- Eğitim programlarının çeşitliliği,

- Üniversitede aktif TEKNOPARK'ın bulunması,
- Ulusal ve uluslararası düzeyde disiplinler arası proje yapabilecek yeterli öğretim elemanının olması,
- Yöneticilerin ulaşılabilir olması,
- Karar alma mekanizmalarında çoksesliliği destekleyen demokratik yönetim anlayışı,
- Üniversite dış paydaş iletişimini sağlayan danışma kurulunun aktif ve etkin olmasıdır.

Kurumun zayıf yönleri:

- Bilgi yönetim sisteminin etkin olarak çalışmaması,
- Mezunlarla olan iletişimin zayıflığı,
- Ulusal ve uluslararası düzeyde tescil, marka, patent, faydalı model ve endüstriyel tasarım sayısının az olması,
- Üniversite bünyesinde çıkarılan dergilerin uluslararası indekslere girememesi,
- Üniversite sanayi iş birliğinin istenilen düzeye ulaşmamış olması,
- Öğretim üyelerince gerçekleştirilen proje ve araştırmalardan elde edilen sonuçların ürüne dönüştürülememesi,
- Kurumsallaşmanın istenilen düzeyde olmaması,
- Kurumsal mensubiyetin güçlendirilememiş olması,
- Disiplinlerarası çalışmaların yeterli düzeyde olmaması,
- Akademik ve idari personelin gelişen dünya koşullarına adaptasyonunun yavaş olmasıdır.

Fırsatlar:

- Hafif raylı sistemin kampüs içine kadar ulaşması,
- Uluslararası iş birliği fırsatlarının artması,
- Ülkemizde Ar-Ge çalışmalarına ayrılan payın artması,
- Gelişen Türkiye'de nitelikli işgücü ihtiyacının artması,
- Samsun iş dünyasının üniversite iş birliğine olan ilgisinin artması,
- Ülkemizde dış kaynaklı sağlık turizminin büyüme eğiliminde olması,

- Hayat boyu eğitime olan talebin artması,
- YÖK'ün uluslararasılaşma politikası,
- Samsun'un coğrafi konumunun sağlık, lojistik ve turizm sektörlerinde ekonomik potansiyele sahip bir çekim merkezi olması,
- Türkiye'nin Ortadoğu ve bazı Afrika ülkeleri için yükseköğrenim açısından cazip olması.

Tehditler:

- Mevzuatın sıkı sık değişmesi ve sistematik olmaması,
- Öğrenci kontenjanlarının yüksek tutulması,
- Bölgede sanayi kuruluşu sayısının azlığı,
- Bazı bölümlerin taban puanının düşük olması,
- Üniversite sayısındaki artış sebebiyle bütçeden alınan payın azalması,
- Eğitim sektöründe artan rekabet.

1d. Strateji Geliştirme

Ondokuz Mayıs Üniversitesinin 2019-2023 yıllarını kapsayan stratejik planı, ilgili mevzuat ve geçmiş deneyimler ve birikimler ışığında katılımcılık ilkesi benimsenerek hazırlanmıştır. 5 yıllık süreyi kapsayan stratejik plan için hazırlık çalışmaları 2016 yılının Kasım ayında başlamış, Nisan 2018'e kadar sürmüştür. Stratejik plan hazırlama sürecinde “Strateji Geliştirme Kurulu” ve “Stratejik Planlama Ekibi” çalışmalarını durum analizi, geleceğe bakış, farklılaştırma stratejisi ve strateji geliştirme olmak üzere 4 aşamada katılımcılık esası ile sürdürmüştür. Durum analizinde uygulanmakta olan stratejik plan değerlendirilmiş, mevzuat analizi çalışmaları yapılmış, üst politika belgeleri incelenmiş, faaliyet alanları, ürünler ve hizmetler belirlenmiş, paydaş analizi gerçekleştirilmiştir. Ayrıca mali ve fiziki kaynak analizleri yapılmış, yükseköğretim sektörü analiz edilmiş, üniversitenin güçlü ve zayıf yönleri ile fırsat ve tehditleri ortaya konulmuştur. Geleceğe bakış çalışmalarında üniversitenin misyon, vizyon ve temel değerleri netleştirilmiştir. Farklılaşma stratejisi ile üniversitenin diğer yükseköğretim kurumlarından nasıl farklılaşacağı belirlenmiştir. Ondokuz Mayıs Üniversitesinin stratejik amaçları, hedefleri ve performans göstergeleri Eylül 2017-Nisan 2018 tarihleri arasında yapılan, akademik ve idari birimler düzeyinde katılımın

sağlandığı çalışmalarla ortaya konulmuştur. Stratejik plan taslağı “Stratejik Planlama Ekibinin” yoğun çalışmasıyla oluşturulmuş, önce “Strateji Geliştirme Kuruluna” sunulmuş ve daha sonra rektör onayı alınmıştır (OMÜ 2019-2023 Stratejik Plan, 2018: 10).

1e. Yönetim ve Performans Yönetim Sistemi Tasarlama ve Uygulama

Üniversite Araştırma Hastaneleri, “yükseköğretim kurumu” niteliği taşımaktadırlar. Bu sebeple, sağlık uygulama ve araştırma merkezi olarak kurulan üniversite hastaneleri doğrudan rektöre bağlıdırlar. Üniversite hastanelerinin yöneticileri de doğrudan rektör tarafından atanmaktadır. Aynı şekilde OMÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi yöneticileri bu kapsamda rektör tarafından atanmaktadır. Yasalar çerçevesinde araştırma ve uygulama merkezi olarak belirtilse de uygulamada bu merkezler hasta bakımı ve tedavi hizmetleri sunan birer hastane niteliğindedirler. Üniversitelerin teklifi ve yüksek öğretim kurulunun izin vermesi sonucu üniversitelerde uygulama ve araştırma merkezleri kurulur. Bununla birlikte, Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastaneleri, tıp fakülteleriyle iç içe olduğundan, bazıları da tıp fakültesi dekanlığına bağlı olarak çalışmaktadır (Tontuş, 2017: 3).

Üniversite hastaneleri kamu kurumu niteliğinde olduklarından, OMÜ SUVAM’da yönetim ve performans sistemi yasa ve yönetmeliklerle belirlenmiştir. Birçok alanda yazılı olarak düzenlenmiş standartlar mevcuttur, bununla birlikte teori ve uygulamanın birlikte, koordineli ve eş zamanlı yürütülüp yürütülmediği “kalite güvence sistemi” ile kontrol altına alınmaktadır. Sistemi süreçlerle birlikte çeşitli göstergeler, riskler ve kontrol önlemleri oluşturur. Ayrıca tüm süreç sorumluları ve iş akışları belirlidir. Çalışan herkes bu iş akışları ile görev ve sorumluluklarının bilincinde olduğundan, uygulama aşamasında büyük sorunlarla karşılaşmamaktadır. Karşılaşıldığında ise eksiklik ve aksaklıklar kısa sürede giderilmekte, düzeltici ve önleyici faaliyetler ile çözüme kavuşturulmaktadır.

Kuvvetli Yönler

- (1) Misyon ve vizyonda açık bir şekilde paydaşlara üst düzey hizmet sunma ve paydaş memnuniyetinin vurgulanması.
- (2) Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi amaçlarının, faaliyet alanlarının ve yönetim organlarının yönerge ile açıkça belirlenmiş olması.

- (3) Kurumsallaşmış bir örgüt yapılanmasında stratejinin uygulanma kolaylığı.
- (4) Strateji oluşturma sürecindeki düzenli çalışma.
- (5) Karadeniz bölgesinin en büyük Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi olmasının, yönetimde profesyonelleşmeyi zorunlu kılması.

İyileştirmeye Açık Yönler

- (1) Strateji kapsamının dar tutulması.
- (2) OMÜ SUVAM'ın güçlü ve zayıf yönleri ile fırsat ve tehditlerinin Ondokuz Mayıs Üniversitesi'nden ayrı olarak ele alınmamış olması.

3.2.1.2. Kriter 2: Kurum Kültürü ve Liderlik

Örgüt kültürü Schein'e (1990) göre, "Bir grup (Örgüt) tarafından çevreyle uyum ve içsel bütünleşme sorunlarının çözümü sürecinde icat edilmiş, keşfedilmiş veya öğrenilmiş, işlevselliği nedeniyle dikkate alınan ve bu yüzden de grup üyelerine öğretilmesi istenen, doğru algılama, düşünme, duygu, ilişkiler, değerler ve temel varsayım kalıplarıdır" (Schein, 1990: 109). Güçlü bir örgüt kültürü oluşturmak için başarılı liderlere ihtiyaç duyulur. Liderin tanımını; belli bir zamanda ya da durumda, belirli koşullar altında organizasyonel hedeflere ulaşabilmek için insanları teşvik eden, onlara deneyimlerini aktaran ve organizasyon üyelerinin yönetimden memnun kalmalarını sağlayan kişidir şeklinde yapabiliriz (Werner, 1993: 17). Sağlık organizasyonu olarak hastaneler, yönetsel amaçlarına ulaşabilmek için organizasyonel değerler, normlar ve inançlar ile kendine özgü sembollerini ve uygulamalarını geliştirerek güçlü bir örgüt kültürü oluşturabilirler. Bununla birlikte hastanelerde kurumsallaşma yönelimli örgüt kültürü oluşturmada, organizasyon tarafından benimsenen ve paylaşılan değerlerin birey/grup davranışlarına yansıtılması yöneticilerin performansına bağlıdır (Willcocks, 1994: 32).

2a. Kurumun Kültürüne Yön Verme ve Değerleri Güçlendirme

OMÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezinin örgüt kültürü; kaliteye inanan ve önem veren, duruşuyla güven sağlayan, yalın hastane modelini benimseyen, "yüzü gülen ve yüz güldüren bir hastane" olarak ifade edilmektedir. Kalite yaklaşımı üst yönetim tarafından üniversitenin kalite politikasıyla bütünleşerek desteklenmiştir. Yönetim ve organizasyon alanında kurumun örgütlenmesi, iş analizleri ve iş akış

talimatlarıyla sağlanmıştır. Kurum kültürü de kalite yaklaşımını destekleyecek şekilde oluşturulmuştur. Kurum kültürünü pozitif yönde etkileyebilecek çalışmalar “Rektörlük Kalite Koordinatörlüğü” ile beraber devam etmektedir. Bu doğrultuda oluşturulan Ondokuz Mayıs Üniversitesinin temel değerleri şu şekilde sıralanmaktadır (OMÜ 2019-2023 Stratejik Plan, 2018: 16):

- **Değerlere Saygı:** Türkiye Cumhuriyeti’nin milli değerlerini korumayı ve geliştirmeyi esas alan OMÜ, düşünce ve ifade özgürlüğüne saygılıdır ve farklılıkların zenginlik oluşturduğuna inanır.

- **Bilimsellik ve Akademik Özgürlük:** OMÜ, bilimsel ve özgür akademik çalışma ortamı sağlamayı taahhüt eder.

- **Girişimcilik:** OMÜ, girişimciliği toplumsal refahı artırmada anahtar bir kavram olarak kabul eder ve yasal düzenlemelere uygun her türlü girişimcilik faaliyetini özendirir.

- **Yenilikçilik:** OMÜ, hizmet verdiği tüm alanlarda yenilikçiliğin önemini benimser, çalışanlarının ve öğrencilerinin yenilikçi uygulama ve yaklaşımlarını teşvik eder.

- **Katılımcılık:** OMÜ, faaliyet ve karar verme süreçlerine paydaşları ve onların önerilerini dâhil etmeyi önemser.

- **Adalet ve Liyakat:** OMÜ, adil bir yönetimi gözetir ve işin gerektirdiği niteliklere uygun personeli seçer.

- **Şeffaflık:** OMÜ, kararların mevzuat doğrultusunda alınmasını ve uygulanmasını, alınan kararlardan etkileneceklerin bilgiye erişiminin sağlanmasını ve bu bilginin de ulaşılabilir, anlaşılır ve somut olmasını gözetir.

Kurum kültürüne yön verme ve değerleri güçlendirme kapsamında yapısal, idari ve yönetsel birçok araştırmanın yanında Ondokuz Mayıs Üniversitesi yılda bir kez Haziran ayında olmak üzere tüm çalışanlara yönelik kurum kültürü anketi yapmaktadır. Anket sonucunda elde edilen sonuçlar, kurum kültürün geliştirilmesine katkı sağlamaktadır. Kurum kültürü anketi aşağıda Tablo 3. 2’de gösterilmektedir.

Tablo 3. 2. OMÜ Kurum Kültürü Anketi

İndeks		Ölçek	SORULAR	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
Katılım	Güçlendirme	1. Çalışanların çoğunluğu yaptıkları işle bütünleşmiştir.						
		2. Kararlar genellikle yeterli düzeyde bilginin mevcut olduğu durumlarda alınmaktadır.						
		3. Birimimizde bilgi, ihtiyaç duyan herkesin erişebileceği ölçüde paylaşılmaktadır.						
		4. Olumlu etkinin gücüne herkes inanmaktadır.						
		5. Planlama yapılırken tüm çalışanlar karar verme sürecine belirli ölçüde dâhil edilmektedir.						
	Takım Çalışması	1. Üniversitemizin farklı birim/bölmeleri arasında işbirliği aktif olarak teşvik edilmektedir.						
		2. Çalışanlar bir takımın parçası gibi çalışmaktadırlar.						
		3. İşlerin yapılmasında hiyerarşiden ziyade ekip çalışması esas alınmaktadır.						



ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
KURUM KÜLTÜRÜ ANKETİ

		4. Çalışma takımları, üniversitemizin önemli yapıtaşlarıdır.					
		5. İşler, tüm çalışanların kendi görev tanımları ile üniversitenin amaçları arasındaki ilişkiyi görebileceği şekilde tasarlanmaktadır.					
	Yetenek Geliştirme	1. Çalışanlara kendi işlerini planlamaları için gerekli yetki verilmektedir.					
		2. Çalışanların iş görme kapasitesi sürekli gelişim göstermektedir.					
		3. Çalışanların becerilerinde sürekli artış vardır.					
		4. Çalışanların kapasite ve performansı üniversitemizin başarısında önemli bir kaynak olarak görülmektedir.					
		5. Yapılan işe uygun beceriler olmadığında problemler ortaya çıkmaktadır.					
	Tutarlılık	Temel Değerler	1. Yöneticilerin söylemleri ve eylemleri arasında bir tutarlılık bulunmaktadır.				
			2. Üniversitemizin kendine özgü bir yönetim tarzı ve uygulamaları bulunmaktadır.				
			3. Üniversitemize yol gösteren net ve tutarlı bir değerler sistemimiz vardır.				
			4. Üniversitemizin temel değerlerini göz ardı etmek uygulamalarda problem yaratmaktadır.				
			5. Üniversitemizde davranışlarımızı yönlendiren ve doğru ile yanlış ayırt etmemizi sağlayan etik değerler vardır.				
		Uzlaşma	1. Üniversitemizde anlaşmazlıklar ortaya çıktığında adil ve herkesin tatmin olacağı bir çözüm bulmak için gayret gösterilmektedir.				
			2. Üniversitemizde güçlü bir örgüt kültürü vardır.				
			3. Üniversitemizde zor konularda dahi kolayca görüş birliğine varılabilmektedir.				
			4. Temel konular üzerinde anlaşmaya varmakta sık sık sorun yaşanılmaktadır.				
			5. Üniversitemizde yapılan işler hakkında net bir görüş birliği hâkimdir.				
		Kordinasyon ve Bütünleşme	1. Üniversitemizde iş yapma biçimlerimiz tutarlı ve öngörülebilirdir.				
			2. Üniversitemizin farklı birimlerinde/bölümlerinde çalışanlar ortak bir bakış açısını paylaşılabilmektedirler.				
			3. Üniversitemizin farklı birimlerinde/bölümlerinde yürütülen çalışmalar kolayca koordine edilmektedir.				
			4. Bu üniversitede farklı bölümden bir kişiyle çalışmak adeta farklı bir üniversiteden biriyle çalışmak gibidir.				
			5. Farklı yönetim seviyelerindeki hedefler arasında uyum bulunmaktadır.				
Uyum	Değişim Yaratma	1. Çalışma tarzımız oldukça esnek ve kolaylıkla değiştirilebilmektedir.					
		2. Üniversitemiz çevrede meydana gelen değişimlere uyum sağlayabilmektedir.					
		3. Alanımızdaki yenilik ve gelişmelere sürekli olarak uyum sağlanılmaktadır.					
		4. Değişim yaratma girişimleri genellikle dirençle karşılanmaktadır.					
		5. Üniversitemizin farklı bölümleri değişim yaratmak için genellikle işbirliği yapmaktadırlar.					



ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
KURUM KÜLTÜRÜ ANKETİ

	Paydaş Odaklılık	1. Paydaşların yorumları ve önerileri değişimleri genellikle yönlendirmektedir.					
		2. Paydaşlardan elde edilen veriler kararlarımızı doğrudan etkilemektedir.					
		3. Çalışanlar, paydaşların istek ve ihtiyaçlarını anlamaya özen göstermektedirler.					
		4. Paydaşlarımızın talepleri çalışmalarımızda geneide dikkate alınmamaktadır.					
		5. Çalışanlarımızın paydaşlarla doğrudan iletişim kurmaları teşvik edilmektedir.					
	Örgütsel Öğrenme	1. Yaşanılan olumsuzluklar gelişim ve öğrenme için bir fırsat olarak değerlendirilmektedir.					
		2. Yenilikçilik ve yapılan işlerde risk almak ödüllendirilmektedir.					
		3. Üniversitemizin kurumsal hafızasının oluşturulmasında çalışanların her türlü bilgi ve deneyimi kayıt altına alınmaktadır.					
		4. Çalışanların işleriyle alakalı yeni bilgiler edinmeleri önemli bir amaç olarak benimsenmektedir.					
		5. Üniversitemizde bölümler/birimler arasında bilgiler paylaşılmaktadır.					
Misyon	Stratejik Yön ve Niyet	1. Uzun dönemli bir amaç ve yönetim anlayışımız bulunmaktadır.					
		2. Stratejilerimiz, rekabet edebilmeleri ve değişebilmeleri için diğer üniversitelere yol gösterici niteliktedir.					
		3. Çalışanların yaptıkları işlere yön veren net ve açık bir misyonumuz bulunmaktadır.					
		4. Gelecek için net bir stratejimiz bulunmaktadır.					
		5. Stratejik yönetim anlayışımız benim için net ve açık değildir.					
	Amaçlar ve Hedefler	1. Çalışanlarımız üniversitemizin amaç ve hedeflerini benimsemektedirler.					
		2. Yöneticiler kurumsal amaçları belirlerken tutkulu, iddialı ve aynı zamanda gerçekçidirler.					
		3. Çalışanlar yönetim tarafından belirlenen amaçlara uyum sağlamaya çalışmaktadırlar.					
		4. Belirlenen amaçlara göre gelişmeler sürekli olarak kaydedilmektedir.					
		5. Çalışanlar uzun dönemde işletmenin başarılı olabilmesi için yapılması gerekenleri bilmektedirler.					
	Vizyon	1. Çalışanlar geleceğe yönelik olarak belirlenmiş olan vizyonu paylaşmaktadırlar.					
		2. Yöneticilerimiz uzun dönemli bir bakış açısına sahiptirler.					
		3. Kısa vadeli hedeflerimiz, uzun vadeli vizyonumuzla uyumludur.					
		4. Vizyonumuz çalışanlarımız için heyecan ve motivasyon sağlamaktadır.					
		5. Kısa dönemli beklentiler, vizyonumuzdan ödün vermeden karşılanabilmektedir.					

OMÜ SUVAM’da kurum kültürünü güçlendirmek için liderlik fonksiyonu her seviyede etkin bir şekilde yürütülmektedir. OMÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi’nde “Liderlik” kavramı tek bir makamdan oluşmamakla birlikte; rektör, başhekim, başhekim yardımcıları, başmüdür, müdürler, müdür yardımcıları, şefler, bölüm sorumluları ve faydalı çalışmaları ile katkısı olan her yönetim birim sorumlusu bu kavram içinde yer alır. Kurumda her yıl uygulanan “Liderlik Davranış Değerlendirme Anketleri” ile elde edilen geri bildirimler liderlik uygulamalarında değerlendirilmektedir. Üniversitenin bütün seviyelerindeki yöneticiler gerek stratejik planlamada gerekse süreç yönetiminde bizzat aktif görev almakta ve çalışanların faaliyetlerinin üniversitenin stratejik hedefleri doğrultusunda yürütmesini sağlamaktadırlar. Herkes kendi alanında birer profesyonel ve liderdir. Rektör genel olarak Ondokuz Mayıs Üniversitesinin yönetiminden sorumlu olduğu gibi, hastanenin de en üst düzey amiridir. Başhekim ve başhekim yardımcıları genel olarak tıbbi tedavi hizmetlerinin sorunsuz şekilde yürütülmesinden sorumludurlar. OMÜ SUVAM’da başhekime bağlı üç başhekim yardımcısı görev yapmaktadır. Bununla birlikte, hastanede bir başmüdür ve beş hastane müdürü ve bir hastane müdür yardımcısı yanında hemşirelik hizmetleri müdürü ve ona bağlı olarak çalışan üç tane hemşirelik hizmetleri müdür yardımcısı ve süpervizör hemşirelerden oluşan bir örgütlenme yapısı mevcuttur. Bu örgütlenme yapısında tüm bölümler ilgili hastane yöneticilerine bağlanmaktadır. Organizasyon şeması Tablo 3. 3’de gösterilmektedir.

OMÜ SUVAM'ın plan, politika ve stratejik hedefleri, temel değerleri ve süreçlere ilişkin bilgiler, toplantılar yoluyla çalışanlarla paylaşılmakta ve duyurulara web sayfası aracılığıyla elektronik ortamda sürekli ulaşmaları mümkün olabilmektedir. Çalışanların yöneticilerle iş ortamında ve sosyal ortamlarda sık sık bir araya gelmesi çalışan motivasyonunu artırmakta ve hedef birliğine olumlu katkılar sağlamaktadır. Liderler hiyerarşik yapı gereği verilen talimatlar ve bölümsel amaçlar doğrultusunda, sorumlulukları altındaki çalışanları bilgilendirmekten, işleyişin sorunsuz bir şekilde sürdürülmesinden sorumludurlar. Liderler aynı zamanda çalışanların eğitim ihtiyaçlarına göre planlar yapar ve eğitim koordinatörüne iletirler. Eğitim koordinatörü yıllık planlar doğrultusunda çalışanların eğitim faaliyetlerini yürütür. Tüm çalışanların bilgi, kültür, eğitimlerini arttırmaya yönelik hastane içi ve hastane dışı kongrelere katılımları sağlanmaktadır. Personelin çalıştığı birimlerde daha etkili ve verimli çalışmasına yönelik sertifika programlarına katılmaları teşvik edilmektedir. Üniversitede bulunan sürekli eğitim merkezi de çeşitli eğitim seçenekleriyle çalışanların eğitimine katkı sağlamaktadır. Aynı zamanda, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sürekli Eğitim Merkezi (OMÜSEM) bünyesinde oluşturulan “Kurumsal Gelişim Atölyelerinde” liderlere yönelik; kurum içi iletişim ve liderlik eğitimi, stratejik pazarlama ve sektör rekabet analizi eğitimi, marka yönetimi eğitimi, üretim yönetimi ve güncel konular eğitimi, ekonomik kriz süreçlerinde işletmelerin rekabet stratejileri eğitimi, dijital reklamcılık ve genel pazarlama eğitim programları sunulmaktadır.

Üniversitedeki tüm yöneticileri kapsayacak şekilde TSE EN ISO 9001: 2005 Kalite Yönetim Sistemi Eğitimi 2017 yılı Ekim ayında “kalite yönetim sistemi temel eğitimi”, “dokümantasyon eğitimi” ve “iç tetkik eğitimi” kısımlarından oluşan 5'er günlük eğitimler şeklinde verilmiştir. Ondokuz Mayıs Üniversitesi her yıl kasım ayında “liderlik değerlendirme anketini” uygulayarak, kurumdaki liderlik uygulamalarının gelişimine katkıda bulunmaktadır. Lider değerlendirme anketi aşağıda Tablo 3. 4'de gösterilmektedir.

Tablo 3. 4. OMÜ Liderlik Davranış Değerlendirme Anketleri

	T.C. ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
Liderlik Davranışı	Açıklamalar
Çalışan Odaklı Liderlik	Çalışanları motive edici davranışlar sergileyen, karar ve uygulamalarında çalışanların beklentilerini ön planda tutan liderlik davranışdır. Çalışan odaklı liderler, örgütsel amaçlara ulaşmak için kullanılan araçlar üzerine yoğunlaşır ve asılarna tam olarak güvenerek denetim gereksinimini en aza düşürme eğiliminde olurlar (Taşkıran,2006:172). Çalışan odaklı davranış sergileyen liderler, örgütsel amaçlara ulaşmak için çalışanların ihtiyaç ve duygularına önem verilmesi gerektiğini bilirler; onların ihtiyaç ve duygularını dikkate alan davranışları sergilerler (Tsui vd., 2006:116-117)
Vizyoner Liderlik	Vizyoner lider, işgörenlerin gelecekte olacaklar ve yapılacaklarla ilgili öngörü sahibi olmasını sağlar. Uzun vadeli işlerin çalışanlar için anlamlı şekilde algılanmasına yardımcı olur. Böylece rutin ve uzun süre devam eden işleri anlamlı kılar (Goleman vd., 2002:69). Örgütün amaçları ile kişilerin uzun dönemli hedeflerini bir araya getiren net bir vizyon oluşturur (Oshagbemi ve Ocholi, 2005:748; Bennis, 1997:139).
İlişki Odaklı Liderlik	İlişki odaklı liderler, örgütsel amaçlara ulaşmak için örgüt içinde ve dışında geliştirdikleri iyi ilişkileri kullanırlar. Bu tip liderler, işgörenlerle güçlü duygusal bağlar kurar ve bu yaklaşımın sonunda sadakate dayalı olarak insanları yönetir (Goleman et al., 2002:73). İlişki odaklı liderler, işgörenlerin kişisel ihtiyaçlarını ve değerlerini bilir ve hassasiyet gösterir. Onlarla yüzyüze iletişim kurar, güvene dayalı ilişkiler geliştirir ve işgörenlere geniş çaplı destek sağlayarak onlara güven duygusu ve inisiyatif kullanma özgürlüğü sağlar (Groves, 2006:567).
Risk Alan Liderlik	Risk alan liderler, işletmenin geleceğine yönelik yeni fikirler geliştirmeyi, işletmenin amaçları ve stratejisi ile ilgili öneriler geliştirmeyi ve sunmayı, gelecekte ortaya çıkabilecek muhtemel fırsatlar ve risk unsurları konusunda öngörü sahibi kişiler olarak bilinir (Frost vd.,1983:187). Bu tür liderler, örgütsel amaçlara nasıl ulaşılacağı konusunda işgörenlere yenilik yapma, deneme ve ölçülü risk alma hakkı tanır ve sık sık inisiyatif kullanma serbestliği tanır (Goleman vd., 2002:57).
Kontrol Odaklı Liderlik	Kontrol odaklı liderler, performans hedef ve standartlarının net şekilde belirlendiği, bu hedef ve standartlara ulaşıp ulaşılmadığının kontrol sistemleri yardımıyla denendiği bir yönetim yaklaşımı sergilerler. Bu tip liderler, otoritelerini ve sorumluluklarını devretmeden bütün kararları tek başına alır; çalışanların örgütsel amaç ve değerlere uygun davranıp davranmadıklarını denetler (Tsui vd., 2006:116-117).
Kaynak: Avcı ve Topaloğlu, 2009	



**T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ**

Liderlik davranışlarını algılamaya yönelik anket

Boyutlar ve ifadeler		Katılma derecesi				
		Hiç	Az	Orta	Çok	Tam
Çalışan odaklı davranış	Çalışanların işe istekle sarılmaları için elinden geleni yapar.					
	Çalışanların motivasyonunu artırıcı faaliyetlere önem verir					
	İş dışında da çalışma arkadaşları ile görüşmeye çalışır.					
	Çalışanların işini seyerek yapmalarını sağlayacak ortam yaratmaya çalışır					
	Çalışanlar için yol gösterici ilkeler belirleyerek, onların çalışmalarını kolaylaştırır.					
	Çalışanların isteklerini ve beklentilerini anlamak için çaba harcar.					
Vizyoner liderlik davranışı	Gelecekle ilgili öngörülerde bulunur ve buna göre planlama yapar.					
	Sorunlara çözüm üretirken uzun vadeli düşünür					
	Gelecekle ilgili kararları belli bir plan program dâhilinde, sistematik olarak alır ve uygular					
	Karar ve uygulamalarının gelecekteki sonuçlarını göz önünde bulundurur.					
İlişki odaklı davranış	Çalışanlarla ilgili görüş ve düşüncelerini onlarla paylaşır					
	Çalışanlarla arasında tam ve sürekli bilgi akışını korur.					
	Çalışanlar hakkındaki olumlu-olumsuz düşüncelerini kendileri ile paylaşır					
	Çalışanların özel sorunlarına duyarlılık gösterir.					
Risk alma davranışı	Yeni yaklaşımlara ve görüşlere açıktır.					
	Yeni proje ve fikirleri destekler					
	Çalışanların iş ve uygulamalarla ilgili yenilikçi önerilerini dikkate alır					
Kontrol odaklı davranış	İşlerle ilgili bir takım standartlar belirler ve sapmaları kontrol eder.					
	İşin gereği gibi ve zamanında yapılmasını sağlamak için iş sürecini takip eder.					
	Faaliyet alanında ne olup bittiğini sürekli olarak kontrol eder					
	Gerektiğinde çalışanlara yetki verir ve işin sonucunu takip eder					

Hart ve Quinn (1993) tarafından oluşturulan, Tsui vd. (2006) tarafından geliştirilen Liderlik davranışı ölçüm anketidir

2b. Değişimi Gerçekleştirilmek İçin Koşulları Oluşturma

Hastanede hasta ve çalışan memnuniyetine yönelik olarak tüm alet, cihaz ve donanımlar yeniden gözden geçirilerek uygulamada en etkin olanlar kullanılmaya çalışılmaktadır. Örneğin kan alma odalarında eskiden kullanılan iğne ucu ile kan alma yerine, 2010 yılından itibaren hem çalışanı koruyan hem de hastaya kolaylık sağlayan kapalı sistem kelebekle kan alımı uygulanmaya başlanmıştır. Aynı şekilde kapalı MR cihazlarından rahatsız olan hastalar için açık MR cihazları alınmıştır. Hastanede çalışanların öneri ve talepleri aylık yapılan toplantılarda değerlendirilerek dikkate alınır ve birim yöneticileri ve kurum yöneticileri ile her zaman rahatlıkla iletişim kurma imkânı sağlanarak istenilen pozitif yönlü değişimin gerçekleştirilmesi desteklenir. Yatan hastalara yönelik yatak başlarına yapıştırılan hastayı tanımlayıcı etiketler; *dört yapraklı yonca; düşme riskini, sarı yaprak; solunum izolasyonu, mavi çiçek; damlacık izolasyonu, kırmızı yıldız; temas izolasyonu* konusunda sağlık çalışanını uyarıcı, kalite çalışmalarıyla ortaya konan yenilikçi bir çalışmadır. Hastaların kurumun web sayfasından online randevu oluşturabilmeleri, tahlil sonuçları çıktığında ya da reçeteleri hazırlandığında onlara gönderilen mesajlar da hastalar açısından kolaylaştırıcı uygulamalardır. Sağlık çalışanlarının görevlerini yaparken saptadıkları bir durumu açıkça ifade eden, aktif bir şekilde kullanabildikleri düzeltici-iyileştirici faaliyet formları sayesinde birçok uygulamada düzenlemeler sağlanmaktadır. Birimlerde bulunan düzeltici-iyileştirici formlar kalite yönetimi birimi tarafından toplanmakta, ilgili birim yöneticileri ile çalışmalar yapılarak, yapılan iyileştirmeler takip edilmektedir. OMÜ Düzeltici ve İyileştirici Faaliyet Formları Ek 4 ve Ek 5’de gösterilmektedir:

Düzeltilici ve iyileştirici formlar kurumda gerçekleştirilmesi gereken değişim konusunda yöneticilere rehberlik etmektedir. Bunların dışında aylık yapılan toplantılarda paydaşlardan sağlanan her türlü geri bildirim (paydaş bağlılığının sağlanması kriterinde ayrıntılı anlatılmıştır) değerlendirilerek kurum için yaratıcı ve yeni fikirler tartışmaya sunulmaktadır.

2c. Yaratıcılık ve Yenileşime Olanak Sağlama

Ondokuz Mayıs Üniversitesi mevcut durum ve fırsatları dikkate alarak, sağlık alanında yenilikçi cihaz, malzeme ve sağlık bakım modelleri geliştirilmesi için aşağıda yer alan alanlarda farklılaşarak rekabet gücünü artırmayı planlamaktadır (OMÜ 2019-2023 Stratejik Plan, 2018: 22):

- Akıllı biyomedikal robot,
- Anti bakteriyel, seramik ürünlerin geliştirilmesi,
- Bakımın sağlık düzeylerinde sürekliliği modelleri,
- Biyomedikal iletişim projeleri,
- İlaç hammaddesi üretimi,
- Biyomedikal cihaz tasarımı,
- Cerrahi alet tasarımı,
- Çoklu tarama-tanı modelleri,
- Diş hekimliği eğitimi için yeni cihaz ve materyallerin geliştirilmesi,
- Endoskopik alet geliştirilmesi,
- Fonksiyonel implantların geliştirilmesi,
- Fonksiyonel tıbbi tekstil üretimi,
- Hasta konforuna yönelik yenilikçi malzemelerin geliştirilmesi,
- Hava temizleme sistemlerinin geliştirilmesi,
- Havacılık tıbbi üzerine ölçüm, izleme cihazlarının geliştirilmesi,
- İnce film teknolojisi,
- Koruyucu psikolojik sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi,
- Mikro cerrahi robotların geliştirilmesi,
- Moleküler tanı araçları,
- Protez uzuvlarının geliştirilmesi,
- Sentetik ilaç hammaddesi sentezi,
- Tanı ve teşhis için robot sistemleri,
- Üç boyutlu teknolojiye sahip diş hekimliği cihaz ve yazılımlarının geliştirilmesi,
- Yeni biyolojik malzemelerin geliştirilmesi,
- Yerli aşı üretimi.

Nörobilimler alanda;

- Beyin dalgaları ile dört temel beceride yeterlilik belirleme,
- Beyin fizyolojisi araştırmaları,
- Dental materyallerin nörotoksik etkilerinin araştırılması,
- Gen tedavisi,
- Hastalıkların tanı teşhis yöntemleri için biyosensör geliştirilmesi,

- Moleküler tanı yöntemlerinin geliştirilmesi,
- Nöro çip tedavisi,
- Nöro dejeneratif hastalıklarda farmako genetik ve moleküler patoloji,
- Nöro pazarlama,
- Nöro plastisite çalışmaları,
- Tanısal algoritmaların oluşturulması.

Bunların yanında atık yönetimi (atıkların geri dönüşümü ve kazanımı) ile sosyal inovasyon ve tasarım konularında birçok yaratıcı ve yenilikçi hedefler belirlenmiştir. OMÜ söz konusu alanlarda rekabet üstünlüğü elde etmek amacıyla, çok disiplinli araştırmaları teşvik ederek akademik birimler arası iş birliğini arttırmayı hedeflemiştir. Özellikle sağlık alanları ile fizik, elektrik-elektronik ve yazılım mühendisliği bölümleri alanlarının iş birlikleri artırılacaktır. OMÜ'nün öncelikli hedef kitlesi yerel iş dünyası olup, bölgesel ve ulusal düzeydeki paydaşlara da ulaşılarak gerekli olanaklar sağlanmaya çalışılmaktadır (OMÜ 2019-2023 Stratejik Plan, 2018: 22).

2d. Amaç, Vizyon ve Strateji Temelinde Birlik ve Bağlılığı Sağlama

OMÜ, “kaynakları etkin kullanan, sürekli iyileştirme felsefesini benimseyen, bağımsız tüm birimlerini bütüncül bir sistem içerisinde değerlendiren ve paydaşlarını sisteme dâhil eden bir kalite yönetim anlayışına sahiptir” şeklinde belirlediği kalite politikasını kurumun politikaları ile eşleştirmekte, uyumlu bir şekilde uygulamakta ve değerlendirmektedir. Web sayfası üzerinden ilan edilen kalite politikası, tüm iç ve dış paydaşlara duyurulmuştur. Ayrıca Üniversite, araştırma geliştirme, eğitim öğretim, uluslararasılaşma ve mali politikasını da oluşturarak bütün süreçlerine ait politikalarını tanımlamış ve ilan etmiştir (OMÜ Kurum İçi Değerlendirme Raporu, 2018: 5). SUVAM'ın kalite yapılanması, başhekimden başlayarak hastane müdürüne ve kalite yönetim direktörüne bağlı olarak; kalite yönetim birimi, kurumsal hizmetler, hasta ve çalışan odaklı hizmetler, sağlık hizmetleri, destek hizmetleri, gösterge yönetimi ve komiteler adı altında sınıflandırılarak, bölüm ve birim kalite sorumluları ile beraber herkesin sürece aktif katılımıyla desteklenmektedir. Kalite yönetimi biriminin kapsamında yer alan “Hasta Güvenliği Komitesi”, “Çalışan Sağlığı ve Güvenliği Komitesi”, “Tesis Güvenliği Komitesi”, “Eğitim Komitesi” ve “Klinik Kalite İyileştirme Komitesi” yer almaktadır. Olağanüstü bir durum yoksa üç ayda bir, yılda en az dört kez toplanan komitelerde sunumlar yapılmakta, eğitimler verilmekte, veri alış-

Hastanede görev yapan halkla ilişkiler uzmanı ile bağılı bulunduğu hastane müdürü hem çalışanlara hem de hastalara yönelik memnuniyet anketlerinin uygulanmasının sağlanması görevini üstlenir. Hastalara yönelik aylık uygulanan memnuniyet anketleri halkla ilişkiler uzmanı tarafından her ay sonunda sunum yapılarak, başhekim, başhekim yardımcıları, hastane müdür ve müdür yardımcıları, kalite yönetim birimi, halkla ilişkiler birimi, istatistik biriminden oluşan lider yöneticiler eşliğinde değerlendirilir. Değerlendirme sonunda görülen uygunsuzluk, yapılacak faaliyet, faaliyetlerin zaman aralığı ve kontrolü ile ilgili bilgiler “Hasta Başvuruları Değerlendirme Formunda” belirtilir. Alınacak tedbirler, düzeltilecek eylemler, faaliyetler belirlenerek ilgili birimlere yazılı bir şekilde bildirilir. Yapılan aylık toplantılarda gelişmeler takip edilir. Hasta başvuruları değerlendirme formu Ek 6’da gösterilmektedir.

Kuvvetli Yönler

- (1) Kurumsallaşma gereğı organizasyonda alt kademe, orta kademe ve üst kademe yöneticilerin bulunması ve alt kademededen üst kademeye yapılan işler ile ilgili olumlu ve olumsuz geri bildirimin hızlı bir şekilde sağlanması.
- (2) Üst kademe yöneticileri tarafından plan ve politikalar doğrultusunda yapılması gerekenlerin hızlı bir şekilde tüm çalışanlara anlatılabilmesi.
- (3) Yönetimin personel eğitime önem vermesi ve desteklemesi.
- (4) Organizasyonda düzenli olarak yapılan mevcut durumu değerlendirme toplantıları.

İyileştirmeye Açık Yönler

- (1) Yaratıcılık ve yenilikçiliğin desteklenmesi ile ilgili teşviklerin ortaya konması.
- (2) Bölümlerdeki yaratıcılık ve yenilik uygulamalarını anlatan sistemli bilgi akışının olmaması.

3.2.2. Uygulama

OMÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi politika ve stratejileri doğrultusunda paydaş beklentilerini karşılayacak şekilde hizmetlerini ve süreçlerini tasarlar, planlar ve yürütür. Bu kriter, üç alt kriterden oluşmaktadır:

3.2.2.1. Kriter 3: Paydaş Bağlılığının Sağlanması

Sağlık kurumlarının paydaş ya da paydaş grupları olarak sağlık yöneticileri, hekimler, hemşireler ve diğer sağlık ekibi üyelerinden oluşan kurum çalışanları, hastalar, hisse sahipleri, devlet kurumları (Sağlık Bakanlığı ve politikanın uygulanmasına katkı sağlayan diğer bakanlıklar ve kurumlar), üniversiteler, üçüncü taraf ödeyici kurumlar, sivil toplum kuruluşları, dernekler, siyasi partiler ve medya kuruluşları yer almaktadır (Hawkes vd., 2014: 3; Crow vd., 2008: 326; Aarons vd., 2009: 2088'den akt., Sönmez ve Uğurluoğlu, 2017: 231).

3a. Müşteriler: Sürdürülebilir İlişkiler Kurma

OMÜ SUVAM, hastaların memnuniyetine önem vermekte ve onlardan düzenli geri bildirim sağlamaktadır. Bu sebeple hastanede herkes tarafından kolaylıkla görülebilecek yerlerde öneri ve şikâyet kutuları bulunmaktadır. Aynı şekilde Üniversite web sayfasında “öneri ve düşünceleriniz” sekmesi ile geri bildirim sağlanmaktadır. Müşteri (hasta) memnuniyet anketleri düzenli olarak, aylık yapılmaktadır. Ayrıca TS EN ISO 10002:2018 Kalite Yönetimi-Müşteri Memnuniyeti-Kuruluşlarda Şikâyetlerin Ele Alınması İçin Kılavuz Bilgiler Standardının tüm maddeleri Ondokuz Mayıs Üniversitesinde uygulanmaktadır (OMÜ Kalite El Kitabı, 2019: 5). Müşteri memnuniyeti sonucunda elde edilen veriler her ay değerlendirilerek çözümler üretilmeye çalışılmaktadır. Çözüme kavuşup, kavuşmadığı ayrıca takip edilmektedir. Bu formlar, hastanenin halkla ilişkiler birimi tarafından her ay sunum şeklinde hazırlanarak başhekim, başhekim yardımcıları, başhemşire, müdürler ve bölüm yöneticilerinden oluşan bir ekibe sunulmaktadır. Etkileşimli tartışılarak çözüm yolları aranmaktadır. Hastanede, kalite yönetim ekibi çalışmalarını gönüllü bir şekilde yürütmektedir. Sorunlar ekip üyeleri tarafından belirlenir. Ekip üyeleri problemleri ve çözüm önerilerini o birime bakan hastane müdürüne ve kalite yönetim direktörüne iletir. Kalite yönetim direktörü tarafından ilgili bölümlerle iş birliği sağlanır, sorun çözüme kavuşur. Hastanenin her bölüm ve biriminde, geçiş alanlarında çalışanların ve hastaların

rahatlıkla görebilecekleri ilan panoları mevcuttur. Afişler ve duyurular herkese ilan edilir. Aynı zamanda aktif kullanılan internet sitesi ve hastane bilgi yönetim sistemi (HBYS) aracılığıyla da iletişim sağlanmaktadır. Yıllık hazırlanan bültenlerle genel uygulamalar hakkında bilgi verilir.

Ondokuz Mayıs Üniversitesi kalite yönetim sistemi kapsamında yürüttüğü başarılı çalışmalar ile 2019 yılında “TS EN ISO 9001:2015 Kalite Yönetim Sistemi” belgesini almaya hak kazanmıştır. 2020 yılında ise Türk Standartları Enstitüsü tarafından yapılan dış tetkik sonucunda, bünyesinde yer alan bütün birimleri kapsayacak şekilde “TS ISO 10002 Müşteri Memnuniyeti Yönetim Sistemi” belgesini almaya hak kazanmıştır. TS ISO 10002; müşteriyle yaşanan problemlerde kuruluşların nasıl davranmaları gerektiği ile ilgili yol göstermekte, memnuniyetsizliklerden ders çıkarılarak iyileştirmeye açık alanların tespit edilmesine imkân sağlamaktadır (OMÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, 2021).

3b. Çalışanlar: Kuruluşa Kazandırma, Geliştirme, Bağlılıklarını Sağlama ve Elde Tutma

Ondokuz Mayıs Üniversitesinde; iç paydaşların fikirlerinden yararlanarak karar alma süreçlerine katılımı sağlanırken, düşüncelerinden ve öngörülerinden faydalanarak iyileştirme süreçlerine katılımı desteklenmektedir. Bu kapsamda anketler (çalışan memnuniyet anketi, çevrimiçi şikâyet ve öneri bildirimi, vb.), toplantılar (fikir alışverişi, bireysel/grup ziyaret ve görüş alışverişi), akademik kurullar, paydaşlara yönelik konferanslar ve görüşmeler fayda sağlamaktadır. Üniversite web sayfasında “öneri ve düşünceleriniz” sekmesi yer almakta, bölümlerde yer alan dilek ve şikâyet kutuları ile birlikte iç paydaş analizi kapsamında değerlendirilmektedir. Ayrıca Rektörlük Makamı tarafından 2016 yılı Eylül ayı itibarıyla iç paydaşlarla iletişimi güçlendirmek amacıyla başlatılan OMÜ Rektörü ile sorunların, görüşlerin ve önerilerin paylaşılabilirdiği “*Açık Kapı*” uygulaması, etkin bir biçimde devam etmektedir. Bu uygulama Üniversitenin tüm birim ve bölüm yöneticilerine kolay ulaşılması kültürünün yaygınlaşmasına da katkıda bulunmuştur. Üniversitenin ulusal dış paydaşlarının karar alma süreçlerine ve iyileştirme süreçlerine katılımını ise yüz yüze görüşmeler, toplantılar, anketler, akademik birim danışma kurulları ile web sayfasında bulunan öneri ve düşünceleriniz sekmesi kanallarıyla sağlamaktadır. Buna ilave olarak, “*Açık Kapı*” uygulaması ve danışma kurulu toplantıları dış paydaşların diğer katılım mekanizmalarıdır (OMÜ

Kurum İç Değerlendirme Raporu 2018: 8). Hastaneler emek-yoğun işletmeler olduğu için, çalışan personelin iş yükü de göz önünde bulundurularak, personele görev tanımlarının dışında bir sorumluluk verilmemektedir. Kurumda, çalışan memnuniyet anketleri Sağlık Bakanlığının belirlediği yöntemlerle o yıl içinde düzenli olarak yapılmaktadır. Anket verileri başhekim, başhekim yardımcıları, hastane müdürleri, kalite yönetim birimi yöneticileri, halkla ilişkiler birimi yöneticileri, istatistik birimi yöneticilerinden oluşan bir ekiple değerlendirilmektedir. Değerlendirmelere yönelik kararlar alınmakta, düzeltilebilecekler not alınıp, ilgili yöneticiler tarafından iyileştirme çalışmaları yapılmaktadır. Konuyla ilgili yapılanlar konusunda bir ay içinde yazılı dönüşler yapılması beklenmektedir. Öneri, dilek ve şikâyet formları hastanenin her yerinde kolaylıkla görülebilecek şekilde mevcuttur. Çalışanlarla ilgili önemli bir durum (emeklilik, vefat gibi) kısa mesaj ve kurumun web sitesi aracılığıyla tüm personele iletilir. Aynı zamanda çalışanlara e-posta yoluyla da duyurular yapılır.

Yöneticiler aracılığıyla sosyal yaşamda özel günlerde (dünya kadınlar günü, hemşireler günü vb.) çalışanlara yönelik yemekler, balolar düzenlenir. 8 Mart Dünya Kadınlar Günü 2020 yılı da hastane yöneticileri tarafından personel ziyaretleri ile, personele çiçekler verilerek kutlanmıştır. Ramazan ayında tüm çalışanların davet edildiği (en son 2019 yılında yapılmıştır) ramazan ayı iftar yemekleri düzenlenmektedir. Emekli olan ya da ayrılan personele ya da çalışmalarından dolayı ödül alan, başarılı olan sağlık personellerine yönelik yemekler düzenlenir, plaketler verilir. Personel motivasyonunu arttırmak için bir dönem ayın elemanı uygulaması yapılmış, kazanana küçük altın verilmiştir. Meslek bazında ayrımın yapılması zor olduğundan işlerliğini yitirmiştir. Organizasyondaki her türlü faaliyet liderler tarafından yakından izlenmekte, sözlü ve yazılı takdir mekanizması işletilmektedir. Ayrıca, kalite yönetim birimi olarak bölümlerdeki başarı performansları takdir edilerek, teşekkür edilmektedir. Bununla birlikte çalışanlara özverili çalışmalarından dolayı hasta ve hasta yakınları tarafından gönderilen memnuniyet yazıları bildirilir.

3c. İş ve Yönetim Paydaşları: Süregelen Desteği Güvence Altına Alma ve Sürdürme

Ondokuz Mayıs Üniversitesinde, kalite güvencesini ve toplam kaliteyi arttırmak adına dış paydaşların da katılımıyla danışma kurulu oluşturulmuştur. Danışma kurulu yılda üç kez toplanmaktadır. Kurumun üst yönetiminin toplam kaliteyi arttırmak ve

kalite güvencesi sağlamak amacıyla süreci sahiplendiği ve sürecin gereklerini yerine getirmek için tüm paydaşlarla iş birliği yaptığı gözlenmiştir. Üniversite tarafından katılımcı bir anlayışın benimsenmesi, değerlendirmelerde kullanılacak performans göstergelerinin sorumlu birimlerin görüş ve önerileri doğrultusunda oluşturulmuş olması, tüm paydaşların kalite süreçlerine katılımının farklı yol ve yöntemlerle sağlanmaya çalışılması, Üniversitenin web sayfasında “öneri ve düşünceleriniz” sekmesinin yer alması ve birimlerde “dilek ve şikâyet” kutularının olması tüm paydaşlarla iletişimi sürdürerek desteklerini sağlamak amacıyla önem arz etmektedir. Bununla birlikte “*Açık Kapı*” uygulaması ile Üniversite üst yönetimi iç ve dış paydaşlarla iletişimi güçlendirmeye yönelik faaliyetlere önem vermektedir. Tüm bu faaliyetler üst yönetimin paydaşların fikirlerini almayı ve bu fikirleri toplam kaliteyi artırmak adına değerlendirerek iyileştirme amaçlı kullanmayı önemseydiğini açıkça göstermektedir (OMÜ Kurumsal Geri Bildirim Raporu, 2018: 9).

Tablo 3. 6. Tıpta Uzmanlık/Yandal Uzmanlık Eğitime İlişkin Tablo

		Tıp Fakültesi Kadrosunda	Yabancı Uyruklu Statüsünde	Sağlık Bakanlığı Kadrosunda	TOPLAM
2019 Yılı	Toplam Kontenjan Sayıları	432	31	92	555
	Tıpta Uzmanlık Eğitimi Yapanlar (TUS)	396	30	89	515
	Yandal Uzmanlık Eğitimi Yapanlar (YDUS)	36	1	3	40
2020 Yılı	Toplam Kontenjan Sayıları	96	16	19	131
	Tıpta Uzmanlık Eğitimi Yapanlar (TUS)	405	42	120	567
	Yandal Uzmanlık Eğitimi Yapanlar (YDUS)	50	1	6	57

Kaynak: OMÜ İdari Faaliyet Raporu, 2019: 42; OMÜ İdari Faaliyet Raporu, 2020: 43.

Kalite çalışmaları hastanenin en güçlü paydaşı olan Sağlık Bakanlığı ile ortaklaşa yürütülür. Sağlık Bakanlığı bünyesindeki 112 Acil Sağlık hizmetleri ile de koordinasyonlu çalışma söz konusudur. Sosyal Güvenlik kurumu (SGK) ile ödemelerle ilgili iş birliği sağlanır. Üniversiteler ve diğer eğitim kurumlarıyla tıbbi süreçler ve eğitim konularında ortaklaşa çalışmalar yürütülür. Öğrencilerin hastanede uygulama ya

da staj yapmalarına okul hastane iş birliği ile imkan tanınır. 2019 ve 2020 yıllarına ait OMÜ SUVAM'da tıpta uzmanlık ve yandal uzmanlık eğitimi yapanların sayısı aşağıda Tablo 3. 6'da gösterilmektedir.

Hastanenin ihtiyaçları doğrultusunda belirlenen protokollerle tıbbi alet ve cihaz ve ilaç alımlarının yapıldığı paydaşlar da mevcuttur. Halkla ilişkiler faaliyetleri kapsamında medya ve diğer kuruluşlarla ilişkiler olumlu bir şekilde sürdürülmektedir. Paydaşlarla sürekli iletişim içerisinde olduğundan onlardan gelecek talep ve şikayetler aktif bir şekilde değerlendirilir.

3d. Toplum: Gelişim, Esenlik ve Refaha Katkıda Bulunma

Ondokuz Mayıs Üniversitesi; toplumsal refah ve bilgi düzeyini artırmak amacıyla eğitim-öğretim, sağlık ve sosyal alanlarında toplumsal faydaya dönüşen hizmet vermeyi amaçlar. Topluma sunulan hizmetlerin kalitesinin sürekli geliştirilmesi gerektiği düşüncesinden hareketle hizmet kalitesini güvence altına alacak sistemi kurar ve hizmet kalitesini artırma konusunda personelini sürekli motive eder. Bu politika hedefine ulaşmak üzere (OMÜ Topluma Hizmet Politikası, 2019):

- a) Topluma hizmette insan ve hayvan haklarına, etnik ve dini farklılıklara, kültürel ve manevi değerlere saygı gösterilir,
- b) OMÜ'nün topluma sunacağı hizmetlerin kalitesini güvence altına alacak sistemi kurar,
- c) Topluma hizmet kalitesinin geliştirilmesi için gereken tüm faaliyetlerin etkili bir şekilde yürütülmesine liderlik eder,
- d) Topluma hizmet kalitesini geliştirmek için OMÜ personelinin niteliğinin ve yetkinliğinin artırılmasını sağlar.
- e) Faaliyet alanları kapsamında toplumun bütün kesimlerinin ihtiyaç ve beklentilerini tespit edip, değerlendirerek ürün ve hizmetlerini buna göre şekillendirir.
- f) Paydaşların ihtiyaç ve beklentilerinin karşılanma derecesine dair memnuniyet düzeyini izler ve ölçer,
- g) Paydaş geri bildirimlerini dikkate alır ve gerekli iyileştirmeleri sağlar,
- h) Topluma hizmet faaliyetlerine ilişkin riskleri tanımlar, analiz eder ve yönetir,

- i) Her personelin üstlendiği toplum hizmetini performans yönetimi programı kapsamında değerlendirir.

OMÜ SUVAM, topluma sunduğu sağlık hizmeti ile toplumun gelişim, esenlik ve refahına katkıda bulunmaktadır. Bununla birlikte hastalara en son teknoloji ile hizmet sunulmaktadır. Performans göstergelerine göre (sonuçlar kriterinde mevcut) hastaneye başvuran ve tedavi olan hasta sayısı yıllar itibariyle artış göstermektedir. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, topluma yaptığı katkılardan dolayı kamu kurumları, üniversiteler, meslek örgütleri ile basın yayın kuruluşları gibi kurumlar tarafından takdir edilmekte ve ödüllendirilmektedir. Örnek olarak, 2016-2018 yılları arasını kapsayan değerlendirmeler sonucunda, beyin ölümü tespiti ve donör teminindeki başarılı performansından dolayı OMÜ SUVAM, Sağlık Bakanlığı tarafından teşekkür belgesi almıştır (Samsun İl Sağlık Müdürlüğü, 2020). Ayrıca OMÜ 2019 Yılı Engelsiz Üniversite Ödülünü almış, OMÜ SUVAM da “Mekânda Erişebilirlik” kategorisinde turuncu bayrak almaya hak kazanmıştır.

3e. İşbirlikleri ve Tedarikçiler: Sürdürülebilir Değer Yaratma İçin İlişki Kurma ve Destek Sağlama

Ondokuz Mayıs Üniversitesi birimleri tarafından yapılacak satın almalar Kamu İhale Kanunu’nda yer alan ihale usulleri ile yapılmaktadır. Satın almalar Elektronik Kamu Alımları İhale Platformundan, idari ve teknik şartnamede belirlenmiş nitelikleri taşıyanlar arasından yapılır. Birimlerin mal ve hizmet alımları ile yapım işlerini yerine getiren tedarikçiler;

- a) Ürün/hizmet/yapım kalitesi,
- b) Teslim süresi,
- c) Sözleşme süresince veya sonrasında sorunları çözme kabiliyeti kriterleri çerçevesinde yıllık dönemler itibariyle değerlendirilir.

Değerlendirme işlemleri, satın alma birimleri tarafından ya da mali işler birimlerinde yer alan satın alma ofisleri aracılığıyla yapılır. Değerlendirme her bir tedarikçi bazında yapılarak “Tedarikçi Değerlendirme Listesine” işlenir. Değerlendirmeler yılın son haftası içinde İdari Mali İşler Daire Başkanlığı’nın Satın Alma Birimine bildirilir. İdari Mali İşler Daire Başkanlığı’nın Satın Alma Birimi gelen “Tedarikçi Değerlendirme Listelerini” düzenleyerek Konsolide Tedarikçi

Değerlendirme Listesine işler. Tedarikçi, herhangi bir satın alma birimi tarafından olumsuz değerlendirildiyse, farklı bir satın alma birimi tarafından olumlu değerlendirilmiş olsa bile puanı konsolide işleminde olumsuz olarak dikkate alınır. Birden çok satın alma birimi tarafından olumlu değerlendirilen tedarikçilerin puanlanmasında ise, puanların aritmetik ortalaması alınır. Değerlendirmede eşik değer 70 puandır. 70 puanın altında puan almış olan tedarikçiler İdari Mali İşler Daire Başkanlığı tarafından yazıyla uyarılır. Satın alma birimleri 70 puanın altında puan alan tedarikçileri riskli tedarikçiler olarak dikkate almaktadır (OMÜ Satın Alma Prosedürü, 2019: 8). Tedarikçi değerlendirme kriterleri tablosu aşağıda Tablo 3. 7'de gösterilmektedir.

Tablo 3. 7. Tedarikçi Değerlendirme Kriterleri Tablosu

KRİTERLER	DEĞERLENDİRME	PUAN
Kalite	Satın alma kabul edildi	40
	Ret	0
Teslim - Yapım Süresi	Zamanında Teslim	30
	Tedarik süresinden % 10'a kadar gecikme	20
	Tedarik süresinden % 30'a kadar gecikme	10
	Tedarik süresinden % 50'a kadar gecikme	0
Sorunları çözme kabiliyeti	1-7 gün arası sorunu çözer	30
	7-15 gün arası sorunu çözer	15
	Sorunu çözmez	0

Kaynak: OMÜ Satın Alma Prosedürü, 2019: 8.

OMÜ iç ve dış paydaşların ihtiyaç ve beklentilerinin karşılanma derecesine dair memnuniyet düzeyini izlemek ve ölçmek için Paydaş Geri Bildirim Yönetimi Prosedürü oluşturmuş ve uygulamaktadır. Paydaş Geri Bildirim Yönetimi Prosedürü TS EN ISO 9001:2015 ve ISO 10002:2018 standartları ile uyumludur. Prosedüre uygun olarak toplanan veriler analiz edilerek değerlendirilir ve değerlendirme sonuçları yönetimin gözden geçirme toplantılarında görüşülerek, tedarikçilerle olan iletişimin sağlıklı bir şekilde sürdürülmesi sağlanır.

Kuvvetli Yönler

- (1) Müşteri (hasta) ve çalışan memnuniyet anketlerinin düzenli yapılması ve gerekli düzenlemelerin yapılarak takip edilmesi.
- (2) Organizasyondaki “Açık Kapı” uygulaması sayesinde yöneticilere kolaylıkla ulaşılabilmesi.
- (3) Dilek ve şikâyet kutuları, anket uygulamaları, web sayfasında yer alan öneri ve düşünceler vb. uygulamalar sayesinde hastaların ve personelin düşüncelerine önem verilmesi ve aylık yapılan toplantılarla değerlendirilmesi.
- (4) Personellerin önemli günleri (doğum, hastalık, vefat vb.) hakkında herkese (web, kısa mesaj vb.) bilgi verilmesi.
- (5) Personeli teşvik edici yazılı ve/veya sözlü takdir/ödüllendirme mekanizmasının olması ve özel günlerde (dünya kadınlar günü, hemşireler günü vb.) kutlamalar yapılması, emekli olan ya da ayrılan personele yemek düzenlenip, plaket verilmesi.
- (6) Kurumun “TS EN ISO 9001:2015 Kalite Yönetim Sistemi” ve “TS ISO 10002 Müşteri Memnuniyeti Yönetim Sistemi” belgelerine sahip olması.

İyileştirmeye Açık Yönler

- (1) Takdir/ödül mekanizmasının işlerliğinin takibinin yapılmaması.
- (2) Hastane personeline yönelik sosyal faaliyetlerin az olması.

3.2.2.2. Kriter 4: Sürdürülebilir Değer Yaratma

Sürdürülebilirlik kavramı, organizasyonların sadece ekonomik olarak başarısını ifade etmez, aynı zamanda sosyal, ekonomik ve kültürel başarısının ve devamlılığının sağlanmasıdır. Sürdürülebilir değer ise, uzun vadede paydaşlar için değer yaratmaktır.

4a. Değeri ve Nasıl Yaratılacağını Tasarlama

OMÜ SUVAM, Karadeniz’in en büyük hastanesi olmakla birlikte, en donanımlı hastanesidir. Sağlık kurumlarının temel amacı hastalıkları önlemek, hasta ve yaralıların iyileştirilmesini sağlamak olduğundan, bu amaç doğrultusunda değer yaratılmak istenmektedir. Hastane kaynaklarını etkin ve verimli kullanarak, tıbbi sonuçları sürekli iyileştirmek için çaba göstermektedir. Üniversite hastaneleri sağlık hizmetinin yanısıra

eğitim hizmeti de sunan üçüncü basamak yataklı tedavi kurumları olduklarından, OMÜ SUVAM birçok öğrenciye (önlisans, lisans, yüksek lisans, doktora ve tıpta uzmanlık) sağlık alanında uygulama, araştırma yapma imkânı sağlayarak, onların yetiştirmelerine destek sunmaktadır. Tüm personel görevlerinin yanı sıra eğitim ve araştırma faaliyetlerine yardımcı olmaktadır. Bu anlamda hastane, alanında uzman personel ve bilim adamı yetiştirilmesini teşvik etmektedir.

4b. Değerin İletişimi ve Satışı

OMÜ SUVAM'ın ve birimlerin yaptıkları faaliyetlere ilişkin güncel ve yıllık veriler düzenli olarak web sayfalarında paylaşılmaktadır. Kurum düzenli olarak yayınladığı OMÜ Bülteni ile birlikte kurum içi etkinlikleri ve çalışmalarını iç ve dış tüm paydaşlarla paylaşmaktadır. Bu tür uygulamalar ile Üniversitenin, çeşitli iletişim kanallarını kullanması ve yürüttüğü faaliyetlerle ilgili bilgileri kamuoyu ile açık bir şekilde paylaşması şeffaf ve hesap verebilir bir yönetim anlayışı bağlamında olumlu bir izlenim yaratmaktadır (OMÜ Kurumsal Geri Bildirim Raporu, 2018: 10).

4c. Değerin Sunumu

OMÜ SUVAM'da tedavi gören hastalara ve yakınlarına tıbbi yardımın yanında sosyal yardım da sağlanmaktadır. Hastanede, çalışanların desteği ile oluşturulmuş kıyafet odasında her yaşa ve cinsiyete ait temiz kıyafetler bulunmakta ve ihtiyaç sahipleriyle buluşturulmaktadır. Hastanede tedavi gören hastalardan psikososyal ve/veya sosyo-ekonomik sorunları tespit edilenler, doktorun istemiyle sosyal çalışmacı tarafından değerlendirilir. Hizmet alacak kişiler; kimsesi olmayanlar, terk edilen, bakıma muhtaç olan hastalar, engeli olan hastalar, sağlık güvencesi olmayan hastalar, yoksul olan hastalar, aile içi şiddete maruz kalmış olanlar, ihmale, istismara uğramış olan çocuk hastalar, mülteci olan, sığınmacı olan hastalar, insan ticareti mağduru olan hastalar, yaşlı olan, dul, yetim olan hastalar, kronik rahatsızlığı bulunan hastalar, ruh sağlığı bozulmuş olan hastalar, alkol ya da madde bağımlısı olan hastalar, yabancı olup tedaviden yararlanamayanlar ile il dışından gelmiş olan hastalar olarak sıralanabilir. Örnek olarak, sosyal hizmet birimi tarafından 1 Haziran 2018-14 Mart 2019 tarihleri arasında kurumda 173 hastaya ulaşılmıştır. Yapılan faaliyetlerin büyük çoğunluğunu hasta ve/veya hasta ailesiyle psikososyal çalışma oluşturur iken, tedavi giderleri için kaynak bulma ve yönlendirme çalışmaları diğer önemli sayıda hizmet sunulan

faaliyetleri oluşturur. Bu çalışmalardan bir tanesi 2020 yılının ilk ayında hastane görev yapan engellilerin sorunlarının konuşulması ve çözüm önerilerinin sunulması amacıyla yapılan “Engelsiz Çalışan Çalıştayı’dır”. Sosyal hizmet birimi tarafından hazırlanan çalıştaya hastane yöneticileri, engelli personel (yaklaşık 45 personel), ve engelli yakını bulunan personel başta olmak üzere çok sayıda personel katılmıştır. OMÜ SUVAM’da (onkoloji hastanesiyle birlikte) engellilere yönelik 4 rampa, 34 asansör, 20 engelli tuvaleti, 19 adet engellilere yönelik otopark ve bina dışında kılavuz yol bulunmaktadır. (OMÜ İdari Faaliyet Raporu, 2019: 69). Yapılan çalıştayda, personel servis araçlarında ön dört koltuğun engelli çalışanlara ayrılması ve engelli çalışan haklarını anlatan bir broşürün hazırlanarak dağıtılması kararlaştırılmıştır. Ayrıca engelli hasta ve hasta yakınlarına yönelik broşür hazırlanması ve onların bu sayede bilgilendirilmesi kararlaştırılmıştır. Broşürler hazırlanmış ve dağıtımı yapılmıştır. Yılda iki kez yapılması planlanan çalıştayda, hastanede engellilere yönelik sunulan olanaklar gözden geçirilerek, değerlendirilmiştir. Hastanede önemli günlere yönelik etkinlikler yapılmaya devam etmektedir. Kan bağıışı konusundaki farkındalığı arttırabilmek adına “29 Ekim-4 Kasım Kızılay Haftası” olmasından ötürü kan bağıışı etkinliği düzenlenmiştir. “2-8 Kasım Lösemili Çocuklar Haftası” sebebiyle “Sevgi İyileştirir” sloganı ile hastanede tedavi gören çocukların yapmış oldukları resimler sergilenmiştir. Bu sayede lösemi tedavisi gören çocuklara ve ailelerine psikososyal destek sağlanması, moral ve motivasyonlarının arttırılması hedeflenmiştir. Bununla birlikte sosyal sorumluluk kapsamında hastaneden hizmet alan çocuklara yönelik “Pandemide Çocuk Olmak” temalı bir etkinlik düzenlenmiştir. Hastanede yatarak tedavi gören 6-15 yaş arası çocuk hastaların Covid-19 pandemisi konusunda kaygılarını azaltmak, bilgilendirmek, davranış kazandırmak ve sağlıklarını korumak amacıyla bir eğitim videosu hazırlanmıştır. Eğitim videosu internet sayfasında ve hastanenin kapalı devre televizyon yayını sistemlerinde yayınlanmaktadır.

Topluma hizmet sunmak amacıyla kalacak yeri olmayan hasta yakınları için OMÜ SUVAM’ın yanında 24 saat konaklama hizmeti veren bir bina kurulmuştur. Hasta yakını evinde konaklamak isteyen kişi, hastasının ya da kendisinin hastanede ayaktan ya da yatarak tedavi gördüğünü gösteren belgeyi mesai saatlerinde Hastane Başhekimliğinden, mesai saatleri dışında ise hastanenin gece sorumlu idare memurundan alarak Hasta Yakını Evine başvurusunu yapabilmektedir. Hasta Yakını

Evinden faydalanma öncelik sırası aşağıdaki gibidir (OMÜ Hasta Yakını Evi Çalışma Yönergesi, 2014: 1):

- a) Hastanede anneleri tarafından beslenmeleri gereken çocuk hastaların anneleri,
- b) Yoğun Bakım Ünitelerinde hastaları bulunan hasta yakınları,
- c) Hastaneden sağlık hizmeti alıp tetkik veya teşhis için bir sonraki güne kalan hasta veya hasta yakınları,
- ç) Ayaktan tedavi gören hasta veya hasta yakınları,
- d) Bu sıralamanın dışında kalan hasta veya hasta yakınları.

Yukarıda belirtilen sıralamada öncelik, Samsun Merkezde ikamet etmeyen yeşil kartlı veya sosyal güvencesi olmayan hasta veya hasta yakınlarına verilir. Bu sayede, cüzi bir miktarda hasta ve hasta yakınlarının rahat etmeleri ve hastalarına yakın olarak kendilerini iyi hissetmeleri sağlanır.

Kurumda çevre ve insan sağlığının önemi çerçevesinde atıkların kontrol altına alınması, gelecek nesillere temiz bir çevre bırakılabilmesi amacıyla Çevre ve Şehircilik Bakanlığının düzenlediği “Sıfır Atık” projesi kapsamında gerekli çalışmalar yapılmıştır. Bu sayede geri kazanılabilir olan atıkların diğer atıklar ile karıştırılmadan kaynağında toplanabilmesi sağlanmaktadır. Ayrıca proje kapsamında 2020 yılında OMÜ’de atık getirme merkezi kurulmuştur. Atık getirme merkezinde entegre katı atık yönetimi kapsamında yer alan kâğıt, plastik, cam, metal olan ve tehlikeli atıklar (pil atığı, bitkisel atık yağ atığı vb.) geçici olarak depolanmakta ve geri dönüşüme kazandırılmaktadır.

4d. Toplam Deneyimi Tanımlama ve Uygulama

OMÜ tarafından izlemeden ve ölçmeden gelen veriler ile bilgiler düzenlenerek analiz edilir ve gerektiği durumlarda düzeltici ve iyileştirici faaliyetler başlatılır. Kalite koordinatörlüğü yapılan tüm analiz ve değerlendirmelere dair sonuçları yönetimin gözden geçirmesi toplantılarında sunar (OMÜ Kalite El Kitabı, 2019: 30). Elde edilen sonuçlar, alınan tavsiye kararlar, öneriler ve talepler kurumun plan ve politikalarına yön verir.

Kuvvetli Yönler

- (1) Sağlık kurumu olarak topluma sunulan hizmetler (hastalıkların önlenmesi, hasta ve yaralıların iyileştirilmesi).

- (2) Bilimsel araştırmalara ve öğrencilerin yetiştirilmesine sunulan destek.
- (3) Sosyal hizmet birimi tarafından sunulan hizmetler.
- (4) İhtiyacı olan hastalara sunulan kıyafet odası imkânı.
- (5) Hasta ve hasta yakınlarına sunulan kalacak yer imkânı.
- (6) Şeffaflık ve hesap verebilirlik konularında paydaşlara ve topluma sunulan hizmetler.
- (7) OMÜ SUVAM'ın Karadeniz bölgesinin en büyük Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi olması nedeniyle alanında uzman personele ve teknolojik donanıma sahip olması.

İyileştirmeye Açık Yönler

- (1) Değer akışlarının belirlenmesi ve katma değer yaratmayan uygulamaların (bekleme süresi, gereksiz süreçler, fazla stok vb.) saptanarak düzenlemeler yapılması.
- (2) İhtiyaç analizleri yapılarak değerin arttırılmasına yönelik planlı çalışmaların yapılması.

3.2.2.3. Kriter 5: Performans ve Dönüşümü Yönlendirme

5a. Performansı Yönlendirme ve Riski Yönetme

OMÜ SUVAM'ın temel faaliyet sonuçları (performans parametreleri, süreç hedefleri vb.) Toplam Kalite Yönetimi çerçevesinde verilerle aylık olarak ölçülmekte ve değerlendirilmektedir. Belirlenen hedeflerden sapma söz konusu olduğunda nedenleri araştırılmakta ve düzeltici önlemler alınmaktadır. Çalışan performansının arttırılmasıyla kurum performansının arttırılabileceğİ felsefesinden hareketle, OMÜ SUVAM çalışan eğitimine önem vermektedir. Hastanede tüm personele yönelik sunulan eğitimlerin ana başlıkları şunlardır:

1. Kişiler Arası İletişim ve Gelişim,
2. Hasta Hakları ve Sorumlulukları,
3. CPR Eğitimi (Temel Yaşam Desteğİ/İlkyardım),
4. CPR Eğitimi (Temel Yaşam Desteğİ/İleri Yaşam Desteğİ),
5. Sağlık Hukuku,
6. El Hijyeni,

7. Enfeksiyonların Önlenmesi ve Kontrolü,
8. Temizlik,
9. Atık Yönetimi,
10. Acil Çağrı Sistemi,
11. Çalışan Hakları ile İş Sağlığı ve Güvenliği Eğitimi (Risk etmenleri ve korunma),
12. Çalışan Hakları ile İş Sağlığı ve Güvenliği Eğitimi (Mevzuat, hak ve sorumluluklar),
13. Genel Uyum Eğitimi (Hastaneye yeni başlayan çalışana yönelik),
14. Bölüm Uyum Eğitimi (Bölüme yeni başlayan çalışana yönelik).

Sağlık personeline yönelik eğitimler:

1. Hasta Güvenliği,
2. İlaç Güvenliği,
3. Transfüzyon Güvenliği.

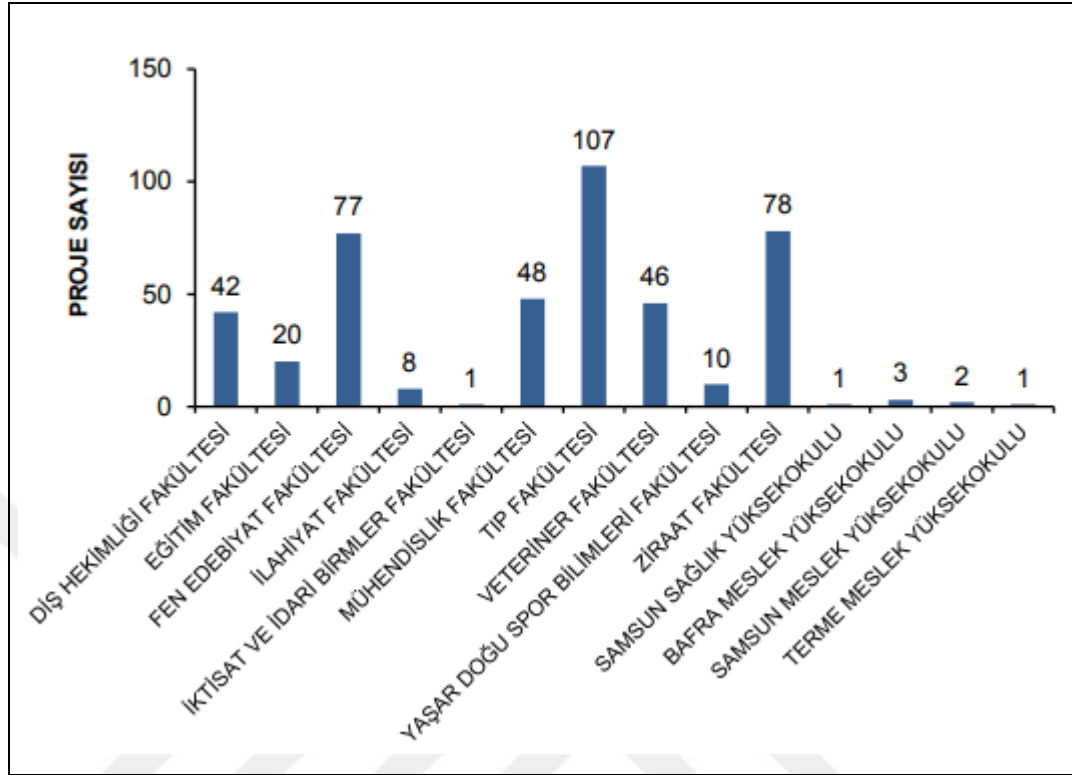
Bunların dışında birçok bölüme yönelik, bölüm bazlı eğitimler (örn: Kardiyoloji/ Koroner Yoğun Bakım hemşirelerine yönelik aritmiler, aritmilerde hemşirelik bakımı vb.) yıl boyunca eğitim komitesi tarafından planlanarak sürdürülmektedir. Kurumda yapılan eğitimlerin değerlendirilmesi öntest-son test değerlendirmesi, eğitimin etkinliğini değerlendirme, uygulama etkinliğinin değerlendirmesi, soru ve cevap ile gözlem şeklinde hem eğitim verenler tarafından hem de bölüm/birim yöneticileri tarafından sağlanmaktadır. Eğitim yöntemleri; düz anlatım, görselle anlatım, interaktif eğitim, beceri uygulama eğitimi ile online uzaktan eğitim şeklinde yürütülmektedir. İnteraktif ve online eğitimler sayesinde zaman tasarrufu sağlanmakta, esnek, ekonomik ve engelsiz bir şekilde eğitimler gerçekleştirilmektedir. 2020 yılı mart ayında ülkemizde ilk koronavirüs (Covid-19) vakasının görülmesiyle birlikte kurumda tüm personele yönelik olarak 2 gün boyunca bilgilendirme eğitimleri yapılmıştır. Bu eğitimler hizmet içi eğitimler içerisinde yer alan enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolü eğitimi içerisinde anlatılmaya devam etmektedir. Bununla birlikte OMÜ Uzaktan Eğitim Merkezi aracılığıyla hazırlanan Covid-19 eğitimine tüm personelin katılımı zorunlu tutulmuştur.

Performans yönetiminde oldukça önemli olan hasta ve çalışanlardan gelen geri bildirimler; hastalara yönelik yapılan aylık memnuniyet anketleri ve çalışanlara yapılan anketler sonucunda değerlendirilmektedir. Bu anketler internet ortamında da aktif kullanıma açıktır. Anketlerin yanı sıra öneri ve şikâyet kutularındaki veriler de aylık

değerlendirilmektedir. Ayrıca Cumhurbaşkanlığı iletişim merkezi (CİMER) ve Başbakanlık İletişim Merkezi (BİMER) aracılığıyla yapılan başvurular hemen değerlendirilerek, kişilere bilgi verilmektedir. Bunların dışında geri bildirim olarak hastanenin her yerinde kolaylıkla ulaşılabilecek dilek ve öneri kutuları, resmi dilekçe başvuruları, telefon aracılığıyla ve yüz yüze yapılan görüşmeler, web sayfası, OMÜ Kalite Yönetim Sistemi (KALEM), İl Hasta Hakları Başvuru Sistemi (HBBS) aracılığı ile iletilen başvurular/geri bildirimler değerlendirilir. Aylık olarak yapılan toplantılarda tüm geri bildirimler değerlendirilir. OMÜ Kalite Yönetim Sisteminde (KALEM) yer alan, bilgisayar ortamında kolaylıkla hazırlanabilecek geri bildirim formları ile dilek ve öneri formları Ek 7, Ek 8 ve Ek 9'da gösterilmektedir.

OMÜ araştırma politikasının anlayışının temel unsurunda toplumsal faydaya dönüşecek olan temel ve uygulamalı araştırmaları desteklemek yatar. Bu sebeple, OMÜ'de araştırma kadrosunun yetkinliğinin geliştirilmesi için farklı türlerde proje destekleri ile bilimsel destek ödülleri verilmektedir. OMÜ SUVAM Araştırma Projeleri de bu kapsamda destek görmektedir. OMÜ SUVAM çalışanlarının sayısız bilimsel çalışmaları ve araştırma projeleri bilim dünyasına katkıda bulunmaktadır. 2013-2015 yıllarında Bilimsel Araştırma Projeleri (BAP) bütçesinden desteklenip sonuçlanan 1901 kodlu Bilimsel Araştırma ve Geliştirme Destekleme Programı Projeleri, 1902 kodlu Başlangıç Programı Projeleri, 1903 kodlu Sanayi ile İş Birliği Araştırmalarını Destekleme Programı Projeleri ve 1904 kodlu Lisansüstü Tezleri Destekleme Programı Projeleri Şekil 3. 1'de gösterilmekte olup, projelerin en fazla olduğu birim, 107 adet bilimsel araştırma projesiyle Tıp Fakültesi olmuştur (OMÜ Bilimsel Araştırma Projeleri Özetler Kitabı (2013-2015 Yılları), 2016: 6).

Şekil 3. 1. Projelerin Fakültelere Göre Dağılımı



Kaynak: OMÜ Bilimsel Araştırma Projeleri Özetler Kitabı (2013-2015), 2016: 7.

2016 yılında tamamlanan Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırma Proje sayısı 56, 2017 yılında 33, 2018 yılında 38 ve 2019 yılında 29 ve 2020 yılında 31 tanedir (OMÜ BAP Projeleri ve Özetleri, 2016: 65, 2017: 64, 2018: 53, 2019: 15, 2020: 34). Yapılan bilimsel çalışmalar eğitim ve uygulamalara yansıtılmaktadır.

Karşılaşılabilecek riskler ve değerlendirebilecek fırsatlar, “OMÜ Risk ve Fırsat Prosedürü” doğrultusunda belirlenmiştir. OMÜ Kalite Yönetim Sistemi (KALEM) yazılımı vasıtasıyla sürekli olarak değerlendirilebilir ve tüm personel tarafından ulaşılabilir durumdadır. Risk ve fırsat yönetimi yapılacaklar listesi değil, Üniversite yönetiminin etkinliğini artıran iç kontrolün temel bir parçasıdır. Aynı zamanda, stratejik yönetim ve performans yönetiminin önemli bir bileşenidir. OMÜ,

- (1) Üniversitenin hedeflerine ulaşma ihtimalini artıran,
- (2) Üniversitenin tehlikeli olaylardan olumsuz etkilenme ihtimalini azaltan,
- (3) Üniversite varlıklarını koruma kabiliyetini artıran,
- (4) İç kontrolü geliştiren ve kalite güvencesini güçlendiren,
- (5) Paydaşların güvenini artıran,

- (6) Daha fazla inisiyatif kullanan,
- (7) Daha etkin karar almayı sağlayan ve planlama yapmayı kolaylaştıran,
- (8) Üniversite kaynaklarının daha etkin kullanılmasını sağlayan,
- (9) Operasyonel etkinliği artıran,
- (10) Farklı fonksiyonel birimler arasındaki iş birliğini artıran,
- (11) Üniversitenin marka değerini koruyan,
- (12) Yasal düzenlemelere uyumu kolaylaştıran bir risk ve fırsat yönetimi anlayışını benimsemiştir (OMÜ Risk ve Fırsat Prosedürü, 2019: 2).

5b. Kuruluşu Geleceğe Yönelik Dönüştürme

OMÜ SUVAM paydaşlarına daha etkin hizmet sunabilmek için, süreçlerini ve yöntemlerini tekrar gözden geçirerek yeniden düzenlemeler yapmaktadır. 2017 yılında, Ondokuz Mayıs Üniversitesi (OMÜ) ve SAMGİAD (Samsun Genç İş Adamları Derneği) iş birliğinde başlatılan sosyal sorumluluk projesi ile OMÜ SUVAM Kulak Burun Boğaz (KBB) ve Göz Hastalıkları Servisleri, yeniden tefriş edilerek, hizmete açılmıştır. 2018 yılında, Karadeniz Bölgesi'nin en büyük onkoloji hastanesi en gelişmiş teknolojik cihazlarla hizmet vermeye başlamıştır. Ayrıca hastane, Karadeniz Bölgesi için ilk kez yetişkinler için kemik iliği nakil merkezini de bünyesinde bulundurmaktadır. Hemodiyaliz ünitesinde yapılan yenilenme çalışmaları ile 40 yatak kapasitesine ulaşılmıştır. Sağlık hizmetlerinin uluslararası akreditasyon ve standardizasyon çalışmalarının yoğun bir şekilde devam ettiği Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesinde finansal ve tıbbi tam otomasyona geçiş tamamlanmıştır (OMÜ Tıp Fakültesi, 2021).

5c. Yenileşimi Yönlendirme ve Teknolojiden Yararlanma

OMÜ SUVAM hastalara daha iyi hizmet verebilmek için uygulamalarında en son teknolojik araç-gereç ve donanımla hizmet sunmaktadır. Kurum 42 poliklinik, 31 tane klinik, 2 tane acil servis, 8 tane yoğun bakım, 21 tane ameliyat odası, 6 tane laboratuvar ile 1 tane eczane ve çeşitli bölümlerden (radyoloji, nükleer, sterilasyon vb.) ile hizmet sunmaktadır (OMÜ İdari Faaliyet Raporu, 2018: 25). Her hizmet alanının web sayfasında hastalara sunulan yeni ve teknolojik hizmetlere yönelik bilgilere yer verilmektedir. Örneğin Üroloji bölümü web sayfasında belirtildiği üzere bölümde, Türkiye'de ilk Laparoskopik Parsiyel Nefrektomi cerrahisi 2004 yılında yapılmıştır.

2010 yılında Single Port Retroperitonoskopik Nefrektomi ameliyatı, 2017 yılında Laparoskopik Vena Kava Trombektomi ameliyatı yapılmıştır. 2005 yılında dünyada ilk kez Pediatrik Laparoskopik Böbrek Koruyucu Renal Kist Hidatik Cerrahisi yapılmış, bunu 2010 yılında Pediatrik Single Site Retroperitonoskopik Nefrektomi ile 2017 yılında yine dünyada ilk Pediatrik Laparoskopik Prostatektomi izlemiştir. 2014 yılında Karadeniz Bölgesinde ilk Mikroperk cerrahi yöntemi uygulanmıştır. 2005 yılından itibaren OMÜ SUVAM Üroloji Anabilim Dalı bünyesinde Sağlık Bakanlığının onayıyla Karadeniz Bölgesi'nin ilk Böbrek Nakli Merkezi (2006) kurulmuştur. 2015 yılında Türkiye'deki ilk Laparoskopik Böbrek nakli başarıyla gerçekleştirilmiştir. OMÜ Üroloji bölümü üroloji alanında Karadeniz Bölgesi'nin en gelişmiş referans merkezi olup, aynı zamanda ülkemizin de önde gelen kliniklerinden biridir (OMÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, 2021).

5d. Veri, Bilgi ve Bilgi Birikiminin Gücünden Yararlanma

OMÜ Kalite Yönetim sistemi dokümantasyonu TS EN ISO 9001:2015 standardının gerekliliği olan dokümanite edilmiş bilgileri içerecek şekilde oluşturulmuştur. OMÜ doküman yönetimi sistemi Kalite Yönetim Sisteminin etkinliğini arttıracak şekilde planlanmıştır. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Kalite Yönetim Sistemi ile ilgili genel iç ve dış iletişim şekli yazılı iletişimdir. Yazılı İletişim, Resmi Yazışmalarda Uygulanacak Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik, Ondokuz Mayıs Üniversitesi İmza Devri ve Evrak Akışı Genelgesi ve Ondokuz Mayıs Üniversitesi Elektronik Belge Yönetimi Sistemi Kullanma Usul ve Esasları doğrultusunda gerçekleştirilir. Yazışmalarla ilgili esas ve uygulamalara Kurumsal Yönetim Süreç Planı içerisinde yer verilmiştir. İç ve dış iletişimde elektronik posta, web sayfası, sosyal medya hesapları, mobil kurum uygulaması, mesajlaşma yazılımları gibi dijital platformların yanında anket, yüz yüze görüşme, telefonla görüşme, tanıtım materyalleri gibi iletişim unsurlarının kullanılması da mümkündür. Kalite yönetim sistemini etkileyen iletişim verileri geri bildirim prosedürüne uygun olarak kayıt altına alınır ve dokümanite edilir. OMÜ izlemeden ve ölçmeden gelen veriler ile bilgileri analiz eder ve gerektiği durumlarda düzeltici ve iyileştirici faaliyetleri başlatır. Kalite koordinatörlüğü yapılan tüm analiz ve değerlendirmelere dair sonuçları yönetimin gözden geçirme toplantılarında sunar (OMÜ Kalite El Kitabı, 2019: 18).

5e. Varlık ve Kaynakları Yönetme

Kaynakların etkin kullanımı, bölümlerden her ay sağlanan istatistiki veriler değerlendirilerek sağlanır. Bölümlerde yapılan malzeme sayımlarıyla elde edilen istatistiki veriler karşılaştırılarak verimli bir şekilde çalışma sağlanır. Tasarrufa yönelik tedbirler alınır. Personelin eğitimine uygun yerde çalışması sağlanarak etkinliği artırılır. Hastanenin yıllar itibariyle gelirleri artmış, aynı oranda giderleri de artmıştır. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinin 2018 Sayıştay denetleme raporu verilerine göre hastanenin gelir-gider, kar-zarar durumuna ilişkin tablolar aşağıda yer alan Tablo 3. 8. Tablo 3. 9 ve Tablo 3. 10 ‘da gösterilmektedir.

Tablo 3. 8. OMÜ SUVAM Gelir-Gider Durumu

YILLAR	GELİR MİKTARI	GİDER MİKTARI	KAR/ZARAR DURUMU
2012	140.177.991,20	156.497.293,80	-16.319.302,60
2013	155.985.647,72	167.025.657,88	-11.040.010,16
2014	175.389.262,90	185.053.151,38	-9.663.888,48
2015	183.014.512,15	198.486.153,79	-15.471.641,64
2016	216.091.548,73	229.179.701,14	-13.088.152,41
2017	275.572.319,84	271.623.891,14	3.948.428,70
2018	314.190.402,64	334.920.793,56	-20.730.390,92

Kaynak: OMÜ 2018 Yılı Sayıştay Denetim Raporu, 2019: 58.

Tablo 3. 9. OMÜ SUVAM Kar/Zarar Durumu

YILLAR	2014	2015	2016	2017	2018
Hastanenin Toplam Geliri	175.389.262,60	183.014.512,15	216.091.548,51	275.572.319,84	314.190.402,64
Hastanenin Toplam Gideri	185.053.151,38	198.486.153,79	229.179.701,14	271.623.891,14	334.920.793,56
Kar/Zarar Durumu	-9.663.888,48	-15.471.641,64	-13.088.152,41	3.948.428,70	-20.730.390,92
Katkı Payı Ödemelerinin Miktarı	42.759.134,04	48.672.937,23	54.989.384,76	56.363.705,79	71.045.261,46
Katkı Payı Ödemeleri/ Toplam Gelir	24,38%	26,60%	25,45%	20,46	22,62
Katkı Payı Ödemeleri/ Toplam Gider	23,11%	24,52%	23,99%	20,76	21,22

Kaynak: OMÜ 2018 Yılı Sayıştay Denetim Raporu, 2019: 64.

Tablo 3. 10. OMÜ SUVAM Mal Alımlarının Miktarı

YILLAR	2014	2015	2016	2017	2018
Hastanenin Toplam Geliri	175.389.262,60	183.014.512,15	216.091.548,51	275.572.319,84	314.190.402,64
Hastanenin Toplam Gideri	185.053.151,38	198.486.153,79	229.179.701,14	271.623.891,14	334.920.793,56
Mal Alımlarının Miktarı	73.354.915,55	72.115.218,93	79.303.131,18	120.368.588,03	156.127.183,32
Mal Alımları/ Toplam Gelir	% 41,82	% 39,40	% 36,70	% 43,68	% 49,70
Mal Alımları/ Toplam Gider	% 39,64	% 36,33	% 34,60	% 44,32	% 46,62

Kaynak: OMÜ 2018 Yılı Sayıştay Denetim Raporu, 2019: 66.

Kurumun mali yapısı incelendiğinde, ortaya çıkan olumsuz durumu beş maddede özetleyebiliriz (OMÜ 2018 Yılı Sayıştay Denetim Raporu, 2019: 58):

- 2009 yılından itibaren ilaç ve sağlık harcamalarından doğrudan etkilenen enflasyon ve döviz artışlarındaki artış oranlarına rağmen Sağlık Uygulama Tebliğinde sağlık hizmetleri için ödenen fiyatların artmamış olması.
- Asgari ücretteki artış (son 10 yılda % 204,73 oranında artmıştır) ve hizmet alım ihaleleri ile istihdam edilen personelin kazandıkları davalar nedeniyle ortaya çıkan ve öngörüleemeyen giderlerdeki artış.
- SUVAM' ın zarar etmesine rağmen katkı payı ödemelerinde kısıntıya gidilmemesi.
- SUVAM' ın borç ödemelerinin mali yapı bozukluğu nedeniyle uzun vadede yapılması ve bunun neticesinde satın alınan ürün fiyatlarının yükselmesi.
- SUVAM'da gider azaltıcı tedbirlerin yetersiz olması.
- Genel olarak üniversite hastanelerinin çatı kuruluşunun olmaması.
- Sağlık sektörünün yapısal sorunları.

Kuvvetli Yönler

- (1) OMÜ SUVAM' nin temel faaliyet sonuçlarının (performans parametreleri, süreç hedefleri vb.) Toplam Kalite Yönetimi çerçevesinde verilerle aylık olarak ölçülmesi ve değerlendirilmesi.
- (2) Araştırma ve geliştirme faaliyetlerine önem verilmesi ve desteklenmesi.
- (3) Geri bildirim mekanizmasının aktif bir şekilde yürütülmesi.
- (4) Yürütülen bilimsel çalışmaların eğitim ve uygulamalara katkı sağlaması.
- (5) Bilgi yönetiminde şeffaflığın sağlanmış olması.

İyileştirmeye Açık Yönler

- (1) Kurumun işletme mantığıyla çalışmamasından ötürü zarar etmesinden kaynaklı alınan tedbirlerin değerlendirilmesi.
- (2) Tanı ve tedavide faydalanılan yenilikçi ve teknolojik uygulamaların tanıtımının arttırılması.

3.2.3. Sonuçlar

OMÜ SUVAM için sonuçlar başlığı altında ifade edilmek istenen, paydaşlarının istek ve ihtiyaçlarını esas alan stratejisinin başarısını ortaya koyan finansal ve finansal olmayan sonuçlardır.

3.2.3.1.Kriter 6: Paydaş Algıları

Bu bölümde OMÜ SUVAM paydaşlarının memnuniyet düzeylerini anlatan veriler elde edilmeye çalışılmıştır. OMÜ SUVAM’da 3400 civarında sağlık personeli, idari personel, teknik hizmet ve yardımcı hizmet personeli ile hizmet sunulmaktadır. Çalışanlara yönelik yapılan anket çalışmasında, personele yaklaşık 2.000 adet şifre dağıtılmaktadır. Şifreler tek kullanımlı olup aynı şifre ile 2. defa giriş yapılamamaktadır. Gizlilik ilkesi gereği sistemin tasarımında kullanıcının giriş yaptığı veriler görünmemektedir. Dağıtılan şifrelerle personel, www.gizlianket.com sitesine giriş yapıp formu doldurmaktadır. Sonuçlar online olarak takip edilebilmektedir. Bu durum çalışan memnuniyetine yönelik yapılan anketin oldukça özenli bir şekilde yapıldığını ortaya koymaktadır. 2015-2018 yılları arasında yapılan değerlendirmede sorulara verilen her bir evet için 3 puan, biraz için 2 puan, hayır için 1 puan elde edilmekte, bir kişinin maksimum katkısı 30 puan olabilmektedir.

Personel memnuniyet puanı= ((Toplam Puan /Kişi Sayısı) /30)x100

formülü ile hesaplanmaktadır. Elde edilen puan aralığı; 69 puan ve altı kötü, 70-79 puan orta, 80-89 puan iyi, 90 ve üzeri çok iyi şeklinde yorumlanır. 2015-2018 yıllarında çalışan memnuniyeti anketine katılım sayısı ve anketin puanlaması şu şekildedir;

Tablo 3. 11. 2015-2018 Yıllarına Göre Çalışan Personel Memnuniyeti

	2015 ARALIK	2016 ARALIK	2017 MAYIS	2017 KASIM	2018 MAYIS	2018 EKİM
KİŞİ SAYISI	362	427	378	277	124	182
PUAN	57	60	57	60	60	62

2015-2018 yılları arasında çalışan memnuniyeti anketine katılan çalışanların sorular bazında verdikleri puan oranı şu şekildedir;

Tablo 3. 12. Katılımcıların Eğitimle İlgili Cevapları

	2015 ARALIK	2016 ARALIK	2017 MAYIS	2017 KASIM	2018 MAYIS	2018 EKİM
KİŞİ SAYISI	362	427	378	277	124	182
PUAN	53	58	55	59	55	64

Tablo 3. 13. Katılımcıların Çalışma Koşulları İle İlgili Cevapları

	2015 ARALIK	2016 ARALIK	2017 MAYIS	2017 KASIM	2018 MAYIS	2018 EKİM
KİŞİ SAYISI	362	427	378	277	124	182
PUAN	53	57	52	55	52	56

Tablo 3. 14. Katılımcıların Çalışma Mekanı İle İlgili Cevapları

	2015 ARALIK	2016 ARALIK	2017 MAYIS	2017 KASIM	2018 MAYIS	2018 EKİM
KİŞİ SAYISI	362	427	378	277	124	182
PUAN	58	60	54	58	56	58

Tablo 3. 15. Katılımcıların Çalışan Güvenliği İle İlgili Cevapları

	2015 ARALIK	2016 ARALIK	2017 MAYIS	2017 KASIM	2018 MAYIS	2018 EKİM
KİŞİ SAYISI	362	427	378	277	124	182
PUAN	53	58	55	59	55	64

Tablo 3. 16. Katılımcıların Ödüllendirme Mekanizmaları İle İlgili Cevapları

	2015 ARALIK	2016 ARALIK	2017 MAYIS	2017 KASIM	2018 MAYIS	2018 EKİM
KİŞİ SAYISI	362	427	378	277	124	182
PUAN	37	38	39	40	41	40

Tablo 3. 17. Katılımcıların Hasta ve Çalışan Güvenliği İyileşmesi Cevapları

	2015 ARALIK	2016 ARALIK	2017 MAYIS	2017 KASIM	2018 MAYIS	2018 EKİM
KİŞİ SAYISI	362	427	378	277	124	182
PUAN	54	62	58	58	62	62

Tablo 3. 18. Katılımcıların Hasta ve Çalışan Güvenliği Yönetimi Cevapları

	2015 ARALIK	2016 ARALIK	2017 MAYIS	2017 KASIM	2018 MAYIS	2018 EKİM
KİŞİ SAYISI	362	427	378	277	124	182
PUAN	HESAPLANMADI	62	51	55	53	56

Tablo 3. 19. Katılımcıların Yöneticilere Sorun İletme İle İlgili Cevapları

	2015 ARALIK	2016 ARALIK	2017 MAYIS	2017 KASIM	2018 MAYIS	2018 EKİM
KİŞİ SAYISI	362	427	378	277	124	182
PUAN	64	67	65	66	66	67

Tablo 3. 20. Sağlıkta Kalite Standartları Bilgilendirilmesi İle İlgili Cevaplar

	2015 ARALIK	2016 ARALIK	2017 MAYIS	2017 KASIM	2018 MAYIS	2018 EKİM
KİŞİ SAYISI	362	427	378	277	124	182
PUAN	62	67	65	69	75	77

Tablo 3. 21. Katılımcıların Bölümün İşleyişi İle İlgili Görüşleri

	2015 ARALIK	2016 ARALIK	2017 MAYIS	2017 KASIM	2018 MAYIS	2018 EKİM
KİŞİ SAYISI	362	427	378	277	124	182
PUAN	58	59	56	61	56	62

Tablo 3. 22. Katılımcıların Memnuniyet Düzeyleri

	2015 ARALIK	2016 ARALIK	2017 MAYIS	2017 KASIM	2018 MAYIS	2018 EKİM
KATILIMCI SAYISI	362	427	378	Sorulmadı	Sorulmadı	Sorulmadı
ORTALAMA	4,6	5,2	4,6	Sorulmadı	Sorulmadı	Sorulmadı

Çalışan memnuniyet anketleri 2015- 2016 yıllarında yılda bir kez yapılmakta iken, 2017-2018 yıllarında yılda iki kez yapılmaya başlanmıştır. 2019 yılı Nisan ayından itibaren Sağlıkta Kalite Standartları (SKS) anket uygulama rehberi çerçevesinde oluşturulan anketler kullanılmaya başlanarak, ilgili yılın aralık ayında uygulanmaya başlanmıştır.

2019 yılı Aralık ayı çalışan memnuniyeti anketine 399 kişi katılmıştır. Katılımcıların 147'si (%37) erkek, 252'si (%63) kadınlardan oluşmaktadır. Katılımcıların çoğunluğunu 244 kişi (%61) yardımcı sağlık hizmetleri sınıfında yer alan personel oluştururken, ankete katılan sağlık hizmetleri sınıfı (tabip) sayısı 73'tür (%18). İdari hizmetler sınıfı personeli sayısı 71 (%18) ve teknik hizmetler sınıfı personeli sayısı 11'dir (%3). Katılımcıların %20'sinin (80 kişi) sağlık kurumunda çalıştığı süre 1-5 yıl, %42'sinin (168 kişi) 5-15 yıl, %30'unun (120 kişi) 16-25 yıl ve %8'inin (31 kişi) 25 yıldan fazladır. Anketin 3.187 çalışan içerisinde, % 13 katılım oranıyla puanı 43 (kötü) olarak gerçekleşmiştir.

2020 aralık ayı çalışan memnuniyeti anketine ise 520 kişi katılmıştır. Katılımcıların 246'sını (%47) erkek, 274'ünü (%53) kadınlar oluşturmaktadır. 2020 yılı çalışan memnuniyeti anketinde katılımcıların çoğunluğunu 315 kişi (%61) ile sağlık hizmetleri sınıfında (tabip) yer alan personel oluştururken, ankete katılan yardımcı sağlık hizmetleri sınıfı sayısı 129 (%25) kişidir. İdari hizmetler sınıfı personeli sayısı 49 (%9) ve teknik hizmetler sınıfı personeli sayısı 25'dir (%7). Katılımcıların %29'unun (153 kişi) sağlık kurumunda çalıştığı süre 1-5 yıl, %35'inin (180 kişi) 5-15 yıl, %28'inin (144 kişi) 16-25 yıl ve %8'inin (43 kişi) 25 yıldan fazladır. Anketin 3.431 çalışan içerisinde, % 15 katılım oranıyla puanı 50 (orta) olarak gerçekleşmiştir. 2019 ve 2020 yılları çalışan memnuniyeti anketleri puan aralığı: 0- 49 puan kötü, 50- 69 puan orta, 70- 89 iyi, 90-100 çok iyi şeklindedir. Kurumda genel olarak çalışan memnuniyeti anketlerine katılım oranını düşüktür, ancak elde edilen puanlar çerçevesinde durum

geliştirilmeye ihtiyaç duymaktadır. Stresli bir çalışma yaşamı olan sağlık çalışanlarının genel olarak memnuniyet düzeylerinin sağlanması oldukça zordur. Kamuda çalışan sağlık çalışanlarının memnuniyetlerinin sağlanmasında motivasyon, iş doyumu ve bağlılık gibi birçok kurum içi faktörün yanı sıra kurum dışı faktörlerden hasta ve hasta yakınlarının sağlık çalışanlarına saygı göstermesi ve sağlık çalışanlarının özlük haklarının iyileştirilmesi konusundaki çalışmalar önemlidir.

Ondokuz Mayıs Üniversitesi yılda bir kez Haziran ayında olmak üzere paydaş memnuniyet anketleri ile yılda bir kez nisan ayında tedarikçi memnuniyet anketleri uygulamaktadır. Paydaş memnuniyet anketleri ve tedarikçi memnuniyet anketleri sonucu yapılan değerlendirmeler kurumun faaliyetlerinin yürütülmesinde paydaşlarla kurulan iletişime katkı sağlamaktadır. OMÜ'nün dış paydaşlara yönelik anketi ile tedarikçilere yönelik uygulanan anketleri Ek 10 ve Ek 11'de yer almaktadır.

OMÜ'nün 2017 yılı tedarikçi memnuniyet anketi sonuçları aşağıda Tablo 3. 23'de gösterilmektedir:

Tablo 3. 23. Tedarikçi Memnuniyet Anketi Sonuçları (2017)

Memnuniyet Değerlendirme Kriteri		2017 (%)
1	İlgili birimin personeliyle iletişim kurabilme imkanından	80,39
2	İlgili birim personelinin tutum ve davranışlarından	81,43
3	İhale dokümanlarına ulaşabilme imkanından	79,35
4	Hak ediş ve ödemelerin zamanında yapılmasından	56,75
5	İşleri yürütürken sağlanan imkanlardan	72,99
6	Üniversite ile çalışmaktan	75,45
7	Fırsat ve imkanlardan adil olarak yararlanabilmekten	68,70
8	Birim web sayfasının yeterliliğinden	70,65
9	Satın alma sorumlumuzun hitap ve davranışlarından	83,64
10	Sorunlarınıza karşı çözüm üretebilme yeteneğimizden	74,81
11	İmalatçıya gerekli olan teknik dokümanları zamanında ve eksiksiz olarak ulaştırabilme yeteneği	76,10
12	Kalite sistemini geliştirme konusundaki gayretleri	72,86
Genel Memnuniyet Oranı		74,43

Kaynak: OMÜ Kalite Koordinatörlüğü, 2019.

Tedarikçi memnuniyeti anketi sonucu OMÜ'nün dış paydaşlarından olan tedarikçilerle olan iletişiminin olumlu bir şekilde sürdürüldüğünü göstermektedir. Anket verilerine göre en düşük puan % 56,75 ile “Hak ediş ve ödemelerin zamanında

yapılmasından” şeklindeki soru olarak değerlendirilirken, en yüksek puan ise %83,64 ile “Satın alma sorumlumuzun hitap ve davranışlarından” şeklindeki soruya verilen olumlu cevap olarak değerlendirilmiştir.

OMÜ’nün 2019 yılı tedarikçi memnuniyet anketi sonuçları aşağıda Tablo 3. 24’de gösterilmektedir:

Tablo 3. 24. Tedarikçi Memnuniyet Anketi Sonuçları (2019)

Memnuniyet Değerlendirme Kriteri		2019 (%)
1	İlgili birimin personeliyle iletişim kurabilme imkanından	78,60
2	İlgili birim personelinin tutum ve davranışlarından	80,80
3	İhale dokümanlarına ulaşabilme imkanından	80,20
4	Hak ediş ve ödemelerin zamanında yapılmasından	70,00
5	İşleri yürütürken sağlanan imkanlardan	76,00
6	Üniversite ile çalışmaktan	79,40
7	Fırsat ve imkanlardan adil olarak yararlanabilmekten	76,20
8	Birim web sayfasının yeterliliğinden	73,80
9	Satın alma sorumlumuzun hitap ve davranışlarından	82,60
10	Sorunlarınıza karşı çözüm üretebilme yeteneğimizden	76,80
11	İmalatçıya gerekli olan teknik dokümanları zamanında ve eksiksiz olarak ulaştırabilme yeteneği	80,00
12	Kalite sistemini geliştirme konusundaki gayretleri	77,60
Genel Memnuniyet Oranı		77,67

Kaynak: OMÜ Kalite Koordinatörlüğü, 2019.

2019 yılı tedarikçi memnuniyeti anketinde de durum değişmemiştir. Ankette “Satın alma sorumlumuzun hitap ve davranışlarından” memnuniyet oranı %82,60 ile en yüksek orana sahiptir. 2017 yılında olduğu gibi %70,00 oranı ile “Hak ediş ve ödemelerin zamanında yapılmasından” duyulan memnuniyet oranı en düşük puanı almıştır. 2017 yılı tedarikçi memnuniyeti anketine kıyasla 2019 yılında memnuniyet seviyesi % 13,25 oranında artmıştır.

Kalite Yönetimi kapsamındaki uygulamalar personelin çalışmalarına yansımakta ve hastaların memnuniyet düzeylerinde etkili olmaktadır. Toplam Kalite Yönetimi yaklaşımının “önce insan” ve “müşteri odaklılık” gibi temel unsurları çerçevesinde müşteri memnuniyeti ölçülmek istenmektedir. Hasta ve hasta yakınlarına etkin, verimli, kaliteli aynı zamanda hızlı, hoşgörülü, ilkeli sağlık hizmeti sunmayı amaç edinen hastanede düzenli olarak her ay hasta memnuniyet anketleri yapılmakta ve

değerlendirilmektedir. Anketlerde hasta beklenti ve önerilerine de yer verilmektedir. Hastanenin 2015 Kasım, 2016 Şubat, 2016 Mart, 2016 Nisan ayları ile 2017 yılı Ocak ve Haziran ayı haricindeki tüm ayları ve 2018 yılı tüm ayları dahil yapılan ayaktan hasta memnuniyeti anket sonuçlarına göre müşteri memnuniyeti ve aylara göre elde edilen puanlar aşağıda Tablo 3. 25, Tablo 3. 26 ve Tablo 3. 27’de gösterilmektedir.

Tablo 3. 25. 2015-2016 Yıllarında Ayaktan Hasta Memnuniyet Puanları

	2015 KASIM	2016 ŞUBAT	2016 MART	2016 NİSAN
EVET	2.061	2.205	2.133	2.016
BİRAZ	158	104	136	126
HAYIR	170	153	168	165
Toplam Puan	2.389	2.462	2.437	2.307
Kişi Sayısı	78	79	79	75
AYAKTAN HASTA MEM. KATSAYISI	85,08	86,57	85,69	85,44

Tablo 3. 25’de görüldüğü üzere ayaktan hasta memnuniyet oranı 2015 yılına oranla 2016 yılında az da olsa artış göstermiş, bu yıllarda “iyi” seviyesinde seyretmiştir.

Tablo 3. 26. 2017 yılı Ayaktan Hasta Memnuniyet Puanları

Dönem	Kişi Sayısı	Puan	Durum	Yöntem
Şubat 2017	74	88	İyi	Form Dağıtımı
Mart 2017	71	89	Çok İyi	Form Dağıtımı
Nisan 2017	51	89	İyi	Form Dağıtımı
Mayıs 2017	52	91	Çok İyi	Form Dağıtımı
Temmuz 2017	54	89	İyi	Form Dağıtımı
Eylül 2017	53	87	İyi	Form Dağıtımı
Kasım 2017	150	78	Orta	Web Anket
Aralık 2017	74	70	Orta	Web Anket

Tablo 3. 26’da görüldüğü üzere 2017 yılı ayaktan hasta memnuniyet puanları kasım ve aralık ayı hariç “iyi” ve “çok iyi” seviyelerinde seyretmiştir.

Tablo 3. 27. 2018 yılı Ayaktan Hasta Memnuniyet Puanları

Dönem	Kişi Sayısı	Puan	Durum	Yöntem
Ocak 2018	50	71	Orta	Web Anket
Şubat 2018	57	86	İyi	Form Dağıtımı + Web Anket
Mart 2018	78	90	Çok İyi	Form Dağıtımı
Nisan 2018	47	70	Orta	Web Anket
Mayıs 2018	59	78	Orta	Form Dağıtımı

Haziran 2018	46	90	Çok İyi	Form Dağıtımı
Temmuz 2018	42	87	İyi	Form Dağıtımı
Ağustos 2018	55	90	Çok İyi	Form Dağıtımı
Eylül 2018	50	88	İyi	Form Dağıtımı
Ekim 2018	51	85	İyi	Anketör
Kasım 2018	53	92	Çok İyi	Anketör
Aralık 2018	44	81	İyi	Anketör

Tablo 3. 27'ye göre 2018 yılı ayaktan hasta memnuniyet puanları üç ay haricinde “iyi” ve “çok iyi” seviyelerinde seyretmiştir.

Uygulanan anketlerde Sağlık Bakanlığı 500 ve üzeri yataklar için her ay ayaktan başvuru açılan en az 25 kişi ile görüşülmesi gerektiğini uygulama rehberinde belirtmiştir. Örnekleme hatasını azaltmak amacıyla başvuru açılan hastaya durumuna göre gizlianket.com şifresi SMS dağıtılmaktadır. Sorulara verilen her bir evet için 3 puan, biraz için 2 puan, hayır için 1 puan elde edilmekte, bir kişinin maksimum katkısı 36 puan olabilmektedir.

Ayaktan hasta memnuniyet puanı= ((Toplam Puan /Kişi Sayısı) /36) x 100

Müşteri (hasta) memnuniyeti anketlerinin değerlendirilmesini sağlayan puanlama tablosu şu şekildedir; 90 puan ve üzeri çok iyi, 80-89 puan iyi, 70-79 puan orta, 69 puan ve altı kötü.

2017 yılı Ocak ve Haziran, Ağustos ve Ekim ayları hariç tüm ayları ve 2018 yılı tüm ayları dahil yapılan ayaktan hasta memnuniyeti anket sonuçlarına ait müşteri (hasta) memnuniyeti anketlerine katılanların soru bazında verdikleri cevapların değerlendirilmesi aşağıda tablolar halinde gösterilmektedir.

Tablo 3. 28. Katılımcıların Zaman Bilgilendirilmesi İle İlgili Cevapları

DÖNEM	AYLIK PUAN	DURUM
Ocak 2017 / 2018	- / 56	- / Kötü
Şubat 2017 / 2018	87 / 61	İyi / Kötü
Mart 2017 / 2018	81 / 86	İyi / İyi
Nisan 2017 / 2018	86 / 61	İyi / Kötü
Mayıs 2017 / 2018	90 / 67	Çok İyi / Kötü
Haziran 2017 / 2018	- / 80	- / İyi
Temmuz 2017 / 2018	90 / 87	Çok İyi / İyi
Ağustos 2017 / 2018	- / 90	- / Çok İyi
Eylül 2017 / 2018	88 / 85	İyi / İyi
Ekim 2017 / 2018	- / 84	- / İyi
Kasım 2017 / 2018	70 / 92	Orta / Çok İyi
Aralık 2017 / 2018	61 / 77	Kötü / Orta

Katılımcıların “Hastanede bekleme süresi hakkında bana bilgi verildi.”, sorusuna verdikleri cevapların dağılımı çoğunlukla “iyi” ve “çok iyi” seviyelerinde seyretmiştir. Hastalara bekleme süresinin bilgilendirilmesi sayesinde muayene hizmetleri düzenli yürütülmektedir.

Tablo 3. 29. Katılımcıların Doktor Seçimi İle İlgili Cevapları

DÖNEM	AYLIK PUAN	DURUM
Ocak 2017 / 2018	- / 59	- / Kötü
Şubat 2017 / 2018	77 / 67	Orta / Kötü
Mart 2017 / 2018	80 / 76	İyi / Orta
Nisan 2017 / 2018	71 / 58	Orta / Kötü
Mayıs 2017 / 2018	76 / 69	Orta / Kötü
Haziran 2017 / 2018	- / 80	- / İyi
Temmuz 2017 / 2018	80 / 81	İyi / İyi
Ağustos 2017 / 2018	- / 76	- / Orta
Eylül 2017 / 2018	73 / 76	Orta / Orta
Ekim 2017 / 2018	- / 72	- / Orta
Kasım 2017 / 2018	72 / 83	Orta / İyi
Aralık 2017 / 2018	58 / 66	Kötü / Kötü

Katılımcıların “Muayene olacağım doktoru kendim seçtim.” sorusuna verdikleri cevapların dağılımı çoğunlukla “orta” seviyesindedir. Bunun nedeni olarak hastaların randevu almadan muayeneye gelmelerinin yanı sıra hastanenin doktor başına düşen hasta sayısını dengelemeye çalışmasının payı olduğu düşünülmektedir.

Tablo 3. 30. Katılımcıların Danışma/Yönlendirme İle İlgili Cevapları

DÖNEM	AYLIK PUAN	DURUM
Ocak 2017 / 2018	- / 71	- / Orta
Şubat 2017 / 2018	94 / 88	Çok İyi / İyi
Mart 2017 / 2018	97 / 96	Çok İyi / Çok İyi
Nisan 2017 / 2018	95 / 70	Çok İyi / Orta
Mayıs 2017 / 2018	96 / 82	Çok İyi / İyi
Haziran 2017 / 2018	- / 95	- / Çok İyi
Temmuz 2017 / 2018	93 / 94	Çok İyi / Çok İyi
Ağustos 2017 / 2018	- / 92	- / Çok İyi
Eylül 2017 / 2018	96 / 95	Çok İyi / Çok İyi
Ekim 2017 / 2018	- / 91	- / Çok İyi
Kasım 2017 / 2018	77 / 92	Orta / Çok İyi
Aralık 2017 / 2018	69 / 81	Kötü / İyi

Katılımcıların “Danışma ve yönlendirme hizmetleri genel olarak iyiydi.”, sorusuna verdikleri cevapların dağılımı çoğunlukla “çok iyi” seviyesindedir. Hastanelerde danışma ve yönlendirme hizmetlerinin çok iyi olması hastalar ve çalışanlar için zaman ve emek tasarrufu sağlayacaktır.

Tablo 3. 31. Katılımcıların Bekleme Salonları İle İlgili Cevapları

DÖNEM	AYLIK PUAN	DURUM
Ocak 2017 / 2018	-/ 61	- / Kötü
Şubat 2017 / 2018	80/ 78	İyi/ Orta
Mart 2017 / 2018	84/ 86	İyi / İyi
Nisan 2017 / 2018	84/ 65	İyi / Kötü
Mayıs 2017 / 2018	86/ 71	İyi / Orta
Haziran 2017 / 2018	-/ 86	- / İyi
Temmuz 2017 / 2018	82/ 80	İyi / İyi
Ağustos 2017 / 2018	-/ 92	- / Çok İyi
Eylül 2017 / 2018	82/ 83	İyi / İyi
Ekim 2017 / 2018	-/ 73	- / Orta
Kasım 2017 / 2018	68/ 90	Kötü / Çok İyi
Aralık 2017 / 2018	58/ 80	Kötü / İyi

Katılımcıların “Bekleme salonları rahattı.” sorusuna verdikleri cevapların dağılımı çoğunlukla “çok iyi” seviyesindedir. Bekleme salonlarının yeterli büyüklükte olması, oturma alanlarının bulunması, temiz, iyi ışıklandırılmış ve havadar olması ile bilgilendirme ekranlarının bulunması hasta memnuniyetinin sağlanması açısından oldukça önemlidir.

Tablo 3. 32. Katılımcıların Muayene Süresi İle İlgili Cevapları

DÖNEM	AYLIK PUAN	DURUM
Ocak 2017 / 2018	-/ 63	- / Kötü
Şubat 2017 / 2018	78/ 85	Orta / İyi
Mart 2017 / 2018	84/ 82	İyi / İyi
Nisan 2017 / 2018	83/ 65	İyi / Kötü
Mayıs 2017 / 2018	88/ 73	İyi / Orta
Haziran 2017 / 2018	-/ 88	- / İyi
Temmuz 2017 / 2018	83/ 85	İyi / İyi
Ağustos 2017 / 2018	-/ 84	- / İyi
Eylül 2017 / 2018	81/ 83	İyi / İyi
Ekim 2017 / 2018	-/ 75	- / Orta
Kasım 2017 / 2018	69/ 89	Kötü / İyi
Aralık 2017 / 2018	57/ 80	Kötü / İyi

Katılımcıların “Belirlenen süre içerisinde muayene oldum.” sorusuna verdikleri cevapların dağılımı çoğunlukla “iyi” seviyesindedir. Hastalar açısından muayene sürelerinin optimum seviyede gerçekleşmesi, hastane açısından önemli bir başarıdır.

Tablo 3. 33. Katılımcıların Doktor Değerlendirmeleri İle İlgili Cevapları

DÖNEM	AYLIK PUAN	DURUM
Ocak 2017 / 2018	-/ 83	- / İyi
Şubat 2017 / 2018	94/ 93	Çok İyi / Çok İyi
Mart 2017 / 2018	95/ 98	Çok İyi / Çok İyi
Nisan 2017 / 2018	96/ 81	Çok İyi / İyi
Mayıs 2017 / 2018	97/ 90	Çok İyi / Çok İyi
Haziran 2017 / 2018	-/ 97	- / Çok İyi
Temmuz 2017 / 2018	94/ 95	Çok İyi / Çok İyi
Ağustos 2017 / 2018	-/ 93	- / Çok İyi
Eylül 2017 / 2018	95/ 93	Çok İyi / Çok İyi
Ekim 2017 / 2018	-/ 91	- / Çok İyi
Kasım 2017 / 2018	90/ 95	Çok İyi / Çok İyi
Aralık 2017 / 2018	83/ 89	İyi / İyi

Katılımcıların “Beni muayene eden doktor hastalığım konusunda bana bilgi verdi ve zaman ayırdı.” sorusuna verdikleri cevapların dağılımı “çok iyi” seviyesinde seyretmiştir. Bu sonuç doktorların hastalarını yeterli düzeyde bilgilendirdiklerini ve onlara yeterli zamanı ayırdıklarını ortaya koymaktadır.

Tablo 3. 34. Katılımcıların Doktor İlgisi İle İlgili Cevapları

DÖNEM	AYLIK PUAN	DURUM
Ocak 2017 / 2018	-/ 85	- / İyi
Şubat 2017 / 2018	95/ 96	Çok İyi / Çok İyi
Mart 2017 / 2018	96/ 96	Çok İyi / Çok İyi
Nisan 2017 / 2018	95/ 81	Çok İyi / İyi
Mayıs 2017 / 2018	98/ 89	Çok İyi / İyi
Haziran 2017 / 2018	-/ 96	- / Çok İyi
Temmuz 2017 / 2018	96/ 93	Çok İyi / Çok İyi
Ağustos 2017 / 2018	-/ 98	- / Çok İyi
Eylül 2017 / 2018	96/ 93	Çok İyi / Çok İyi
Ekim 2017 / 2018	-/ 92	- / Çok İyi
Kasım 2017 / 2018	88/ 96	İyi / Çok İyi
Aralık 2017 / 2018	82/ 89	İyi / İyi

Katılımcıların “Beni muayene eden doktor ilgiliydi.” sorusuna verdikleri cevapların dağılımı “çok iyi” seviyesinde seyretmiştir. Bu soru ile doktorların hastalara göstermiş oldukları ilginin seviyesi ölçülmüş ve elde edilen sonuç başarılı bulunmuştur.

Tablo 3. 35. Katılımcıların Personel İlgisi İle İlgili Cevapları

DÖNEM	AYLIK PUAN	DURUM
Ocak 2017 / 2018	-/ 67	- / Kötü
Şubat 2017 / 2018	96/ 91	Çok İyi / Çok İyi
Mart 2017 / 2018	94/ 98	Çok İyi / Çok İyi
Nisan 2017 / 2018	97/ 77	Çok İyi / Orta
Mayıs 2017 / 2018	97/ 78	Çok İyi / Orta
Haziran 2017 / 2018	-/ 93	- / Çok İyi
Temmuz 2017 / 2018	95/ 92	Çok İyi / Çok İyi
Ağustos 2017 / 2018	-/ 95	- / Çok İyi
Eylül 2017 / 2018	96/ 94	Çok İyi / Çok İyi
Ekim 2017 / 2018	-/ 95	- / Çok İyi
Kasım 2017 / 2018	83/ 97	İyi / Çok İyi
Aralık 2017 / 2018	73/ 89	Orta / İyi

Katılımcıların “Diğer personel bana karşı ilgiliydi.” sorusuna verdikleri cevapların dağılımı “çok iyi” seviyesinde seyretmiştir. Bu durum hastanenin doktorlar dışındaki diğer tüm personelinin de hastalara karşı olan ilgisinin başarılı bir şekilde sağlandığını ortaya koymaktadır.

Tablo 3. 36. Katılımcıların Kişisel Mahremiyet İle İlgili Cevapları

DÖNEM	AYLIK PUAN	DURUM
Ocak 2017 / 2018	-/ 82	- / İyi
Şubat 2017 / 2018	95/ 96	Çok İyi / Çok İyi
Mart 2017 / 2018	96/ 95	Çok İyi / Çok İyi
Nisan 2017 / 2018	96/ 74	Çok İyi / Orta
Mayıs 2017 / 2018	100/ 89	Çok İyi / İyi
Haziran 2017 / 2018	-/ 96	- / Çok İyi
Temmuz 2017 / 2018	91/ 94	Çok İyi / Çok İyi
Ağustos 2017 / 2018	-/ 97	- / Çok İyi
Eylül 2017 / 2018	90/ 97	Çok İyi / Çok İyi
Ekim 2017 / 2018	-/ 93	- / Çok İyi
Kasım 2017 / 2018	90/ 95	Çok İyi / Çok İyi
Aralık 2017 / 2018	83/ 88	İyi / İyi

Katılımcıların “Hastane çalışanları kişisel mahremiyetime (muayene edilirken kapının kapanması, aradaki perde ya da paravanın çekilmesi gibi) özen gösterdi.” sorusuna verdikleri cevapların dağılımı “çok iyi” seviyesinde seyretmiştir. Bu soruya verilen cevap ile hastane tarafından hastaların mahremiyetine gösterilen saygı ortaya konmaktadır.

Tablo 3. 37. Katılımcıların Tetkik Süresi İle İlgili Cevapları

DÖNEM	AYLIK PUAN	DURUM
Ocak 2017 / 2018	- / 77	- / Orta
Şubat 2017 / 2018	90/ 95	Çok İyi / Çok İyi
Mart 2017 / 2018	90/ 93	Çok İyi / Çok İyi
Nisan 2017 / 2018	83/ 79	İyi / Orta
Mayıs 2017 / 2018	92/ 79	Çok İyi / Orta
Haziran 2017 / 2018	- / 93	- / Çok İyi
Temmuz 2017 / 2018	88/ 87	İyi / İyi
Ağustos 2017 / 2018	- / 87	- / İyi
Eylül 2017 / 2018	86/ 88	İyi / İyi
Ekim 2017 / 2018	- / 86	- / İyi
Kasım 2017 / 2018	80/ 93	İyi / Çok İyi
Aralık 2017 / 2018	69/ 82	Kötü / İyi

Katılımcıların “Bana bilgi verilen süre içerisinde tetkiklerimi yaptırdım.” sorusuna verdikleri cevapların dağılımı “iyi” ve “çok iyi” seviyelerinde seyretmiştir. Bu soruya verilen cevap hastane işlemlerinde sürenin verimli kullanıldığını göstermektedir.

Tablo 3. 38. Katılımcıların Hastane Temizliği İle İlgili Cevapları

DÖNEM	AYLIK PUAN	DURUM
Ocak 2017 / 2018	- / 73	- / Orta
Şubat 2017 / 2018	85/ 89	İyi / İyi
Mart 2017 / 2018	87/ 82	İyi / İyi
Nisan 2017 / 2018	85/ 72	İyi / Orta
Mayıs 2017 / 2018	83/ 76	İyi / Orta
Haziran 2017 / 2018	- / 82	- / İyi
Temmuz 2017 / 2018	82/ 74	İyi / Orta
Ağustos 2017 / 2018	- / 86	- / İyi
Eylül 2017 / 2018	81/ 84	İyi / İyi
Ekim 2017 / 2018	- / 80	- / İyi
Kasım 2017 / 2018	33/ 88	Kötü / İyi
Aralık 2017 / 2018	74/ 70	Orta / Orta

Katılımcıların “Hastane (Poliklinikler, muayene olduğumuz oda, bekleme alanları, tuvaletler) genel olarak temizdi.” sorusuna verdikleri cevapların dağılımı çoğunlukla “iyi” seviyesinde seyretmiştir. Hastanenin büyüklüğü dikkate alındığında temizliğinin başarı ile sağlandığı söylenebilir.

Tablo 3. 39. Katılımcıların Hizmet İle İlgili Cevapları

DÖNEM	AYLIK PUAN	DURUM
Ocak 2017 / 2018	- / 74	- / Orta
Şubat 2017 / 2018	88/ 93	İyi / Çok İyi
Mart 2017 / 2018	92/ 90	Çok İyi / Çok İyi
Nisan 2017 / 2018	92/ 75	Çok İyi / Orta
Mayıs 2017 / 2018	92/ 76	Çok İyi / Orta
Haziran 2017 / 2018	- / 93	- / Çok İyi
Temmuz 2017 / 2018	91/ 83	Çok İyi / İyi
Ağustos 2017 / 2018	- / 93	- / Çok İyi
Eylül 2017 / 2018	87/ 87	İyi/ İyi
Ekim 2017 / 2018	- / 86	- / İyi
Kasım 2017 / 2018	76/ 93	Orta /Çok İyi
Aralık 2017 / 2018	69/ 82	Kötü / İyi

Katılımcıların “Hastanede verilen hizmet genel olarak iyiydi.” sorusuna verdikleri cevapların dağılımı çoğunlukla “iyi” ve “çok iyi” seviyelerinde seyretmiştir. Bu durum hastanede sunulan hizmetin kalitesini göstermektedir.

2019 Nisan ayından itibaren Sağlık Bakanlığı tarafından sorularda ve değerlendirme yönteminde değişiklik yapılmıştır. 2019 yılı ayaktan tedavi gören hasta, diyaliz tedavisi olan hasta ve acilde tedavi edilen hasta memnuniyet puanları aşağıdaki tabloda gösterilmektedir.

Tablo 3. 40. 2019 Yılı Aylık Ayaktan Tedavi Gören Hasta Memnuniyeti

Anket / Ay	Genel Puan (Ayaktan)	Genel Puan (Diyaliz)	Genel Puan (Acil)
Ocak	85	-	96
Şubat	86	-	94
Mart	85	-	95
Nisan	68	-	68
Mayıs	70	71	65
Haziran	69	72	69
Temmuz	69	70	71
Ağustos	75	75	70
Eylül	70	73	69
Ekim	73	75	76
Kasım	86	74	66
Aralık	78	72	77
Yıllık Ortalama	76	73	76

2019 Nisan ayından itibaren, anket değerlendirme puan aralığı şu şekilde değiştirilmiştir; 91-100 puan aralığı çok iyi, 71- 90 puan aralığı iyi, 51-70 puan aralığı orta, 0-50 puan aralığı kötü.

Yatan hasta anketi değerlendirmesinde, Sağlık Bakanlığı 500 ve üzeri yataklar için her ay en az 50 kişi ile görüşülmesi gerektiğini uygulama rehberinde belirtmiştir. Örnekleme hatasını azaltmak amacıyla taburcu olan her hastaya durumuna göre gizlianket.com şifresi veya form dağıtılmaktadır ve gizlianket.com ve formlarda hasta bilgisi sorulmamaktadır.

Sorulara verilen her bir evet için 3 puan, biraz için 2 puan, hayır için 1 puan elde edilmekte, bir kişinin maksimum katkısı 45 puan olabilmektedir.

Yatan hasta memnuniyet puanı= (Toplam Puan /Kişi Sayısı)/45)x100

Elde edilen puan aralığı; 69 puan ve altı kötü, 70-79 puan orta, 80-89 puan iyi, 90 ve üzeri çok iyi şeklinde yorumlanır.

2016 yılı Nisan, Mayıs, Ağustos, Eylül, Ekim, Kasım, Aralık ayları ve 2017 Ocak- Aralık ayları ile 2018 yılı Ocak- Aralık ayları arasında aylık olarak yatan hasta memnuniyeti memnuniyet anketi değerlendirmeleri aşağıdaki gibidir;

Tablo 3. 41. 2016 Yılı Aylık Yatan Hasta Anketi Memnuniyet Oranı

	2016 NİSAN	2016 MAYIS	2016 AĞUSTOS	2016 EYLÜL	2016 EKİM	2016 KASIM	2016 ARALIK
KİŞİ SAYISI	115	61	58	118	241	187	278
PUAN	87	83	86	85	82	88	87
DURUM	İYİ	İYİ	İYİ	İYİ	İYİ	İYİ	İYİ

Tablo 3. 41’de görüldüğü üzere 2016 yılında yatan hasta memnuniyet düzeyi “iyi” seviyesinde seyretmiştir. Bu durum hastanede yatarak tedavi gören hastaların memnun olduklarının göstergesidir.

Tablo 3. 42. 2017 Yılı Aylık Yatan Hasta Anketi Memnuniyet Oranı

Dönem	Kişi Sayısı	Puan	Durum
Ocak 2017	144	89	İyi
Şubat 2017	204	88	İyi
Mart 2017	168	88	İyi
Nisan 2017	187	88	İyi
Mayıs 2017	141	89	İyi
Haziran 2017	182	86	İyi
Temmuz 2017	152	87	İyi
Ağustos 2017	197	84	İyi
Eylül 2017	111	80	İyi
Ekim 2017	94	88	İyi
Kasım 2017	181	88	İyi
Aralık 2017	71	89	İyi

Tablo 3. 42’de görüldüğü üzere 2017 yılı yatan hasta memnuniyet oranı aylık olarak değerlendirildiğinde, memnuniyet düzeyi “iyi” seviyesindedir. 2017 yılı yatan hasta memnuniyeti sağlanmıştır.

Tablo 3. 43. 2018 Yılı Aylık Yatan Hasta Anketi Memnuniyet Oranı

Dönem	Kişi Sayısı	Puan	Durum
Ocak 2018	81	84,09	İyi
Şubat 2018	50	82,00	İyi
Mart 2018	60	93,37	Çok İyi
Nisan 2018	205	87,46	İyi
Mayıs 2018	116	85,27	İyi
Haziran 2018	80	87,83	İyi
Temmuz 2018	54	81,56	İyi
Ağustos 2018	44	83,38	İyi
Eylül 2018	73	85,66	İyi
Ekim 2018	55	83,27	İyi
Kasım 2018	61	83,93	İyi
Aralık 2018	121	88,98	İyi

Tablo 3. 43’de görüldüğü üzere 2018 yılının tüm aylarında da hasta memnuniyet oranı “iyi” seviyesinde seyretmiş, Mart ayında “çok iyi” seviyesine de ulaşmıştır. 2018 yılı yatan hasta memnuniyeti sağlanmıştır.

2017- 2018 yıllarında yapılan yatan hasta memnuniyet anketi sorularına verilen cevapların soru bazında puanları aşağıdaki tablolarda gösterilmektedir:

Tablo 3. 44. Katılımcıların Ses ve Gürültü İle İlgili Cevapları

Dönem	Puan	Durum
Ocak 2017 / 2018	83 / 86	İyi / İyi
Şubat 2017 / 2018	77 / 82	Orta / İyi
Mart 2017 / 2018	85 / 89	İyi / İyi
Nisan 2017 / 2018	85 / 84	İyi / İyi
Mayıs 2017 / 2018	82 / 82	İyi / İyi
Haziran 2017 / 2018	77 / 64	Orta / Kötü
Temmuz 2017 / 2018	84 / 77	İyi / Orta
Ağustos 2017 / 2018	76 / 80	Orta / İyi
Eylül 2017 / 2018	75 / 76	Orta / Orta
Ekim 2017 / 2018	88 / 79	İyi / Orta
Kasım 2017 / 2018	81 / 81	İyi / İyi
Aralık 2017 / 2018	86 / 87	İyi / İyi

Katılımcıların “Hasta odası ve çevresinde ses ve gürültünün olmaması” sorusuna ait puan dağılımı çoğunlukla “iyi” seviyesinde seyretmiştir. Yatan hastalar için gerekli olan sakin ortam sağlanmıştır.

Tablo 3. 45. Katılımcıların Hastane Odası İle İlgili Cevapları

Dönem	Puan	Durum
Ocak 2017 / 2018	90 / 87	Çok İyi / İyi
Şubat 2017 / 2018	85 / 77	İyi / Orta
Mart 2017 / 2018	85 / 93	İyi / Çok İyi
Nisan 2017 / 2018	84 / 88	İyi / İyi
Mayıs 2017 / 2018	86 / 77	İyi / Orta
Haziran 2017 / 2018	82 / 83	İyi / İyi
Temmuz 2017 / 2018	84 / 80	İyi / İyi
Ağustos 2017 / 2018	82 / 79	İyi / Orta
Eylül 2017 / 2018	80 / 79	İyi / Orta
Ekim 2017 / 2018	86 / 81	İyi / İyi
Kasım 2017 / 2018	87 / 80	İyi / İyi
Aralık 2017 / 2018	85 / 87	İyi / İyi

Katılımcıların “Odadaki eşyalar (televizyon, hemşire çağrı zili, lamba, yatak) çalışır durumdaydı.” sorusuna ait puan dağılımı çoğunlukla “iyi” seviyesinde seyretmiştir. Bu durum hastane odalarında belirli bir düzenin sağlanmış olduğunu göstermektedir.

Tablo 3. 46. Katılımcıların Yemek Dağıtım Hijyeni İle İlgili Cevapları

Dönem	Puan	Durum
Ocak 2017 / 2018	88 / 93	İyi / Çok İyi
Şubat 2017 / 2018	92 / 81	Çok İyi / İyi
Mart 2017 / 2018	90 / 97	Çok İyi / Çok İyi
Nisan 2017 / 2018	92 / 93	Çok İyi / Çok İyi
Mayıs 2017 / 2018	91 / 91	Çok İyi / Çok İyi
Haziran 2017 / 2018	88 / 89	İyi / İyi

Temmuz 2017 / 2018	91 / 86	Çok İyi / İyi
Ağustos 2017 / 2018	88 / 89	İyi / İyi
Eylül 2017 / 2018	87 / 89	İyi / İyi
Ekim 2017 / 2018	93 / 88	Çok İyi / İyi
Kasım 2017 / 2018	90 / 78	Çok İyi / Orta
Aralık 2017 / 2018	88 / 92	İyi / Çok İyi

Katılımcıların “Yemek dağıtan personel hijyen kurallarına uygun davrandı (bone, eldiven, maske gibi koruyucu ekipman kullandı).” sorusuna ait puan dağılımı çoğunlukla “iyi” ve “çok iyi” seviyelerinde seyretmiştir. Bu durum yemek dağıtan personelin hijyen kurallarına uygun davrandığının göstergesidir.

Tablo 3. 47. Katılımcıların Yemek Sıcaklığı İle İlgili Cevapları

Dönem	Puan	Durum
Ocak 2017 / 2018	82 / 81	İyi / İyi
Şubat 2017 / 2018	83 / 73	İyi / Orta
Mart 2017 / 2018	80 / 88	İyi / İyi
Nisan 2017 / 2018	79 / 78	Orta / Orta
Mayıs 2017 / 2018	84 / 83	İyi / İyi
Haziran 2017 / 2018	85 / 83	İyi / İyi
Temmuz 2017 / 2018	86 / 78	İyi / Orta
Ağustos 2017 / 2018	86 / 72	İyi / Orta
Eylül 2017 / 2018	78 / 74	Orta / Orta
Ekim 2017 / 2018	82 / 74	İyi / Orta
Kasım 2017 / 2018	83 / 71	İyi / Orta
Aralık 2017 / 2018	77 / 77	Orta / Orta

Katılımcıların “Yemek sıcaklığı uygundu.” sorusuna ait puan dağılımının “orta” ve “iyi” seviyede seyretmiş olması hastanenin büyüklüğü de göz önüne alındığında yemek dağıtımındaki özeni göstermektedir.

Tablo 3. 48. Katılımcıların Doktor Tarafından Bilgilendirilmeleri

Dönem	Puan	Durum
Ocak 2017 / 2018	93 / 95	Çok İyi / Çok İyi
Şubat 2017 / 2018	87 / 85	İyi / İyi
Mart 2017 / 2018	90 / 97	Çok İyi / Çok İyi
Nisan 2017 / 2018	89 / 90	İyi / Çok İyi
Mayıs 2017 / 2018	92 / 89	Çok İyi / İyi
Haziran 2017 / 2018	88 / 88	İyi / İyi
Temmuz 2017 / 2018	89 / 77	İyi / Orta
Ağustos 2017 / 2018	86 / 87	İyi / İyi
Eylül 2017 / 2018	86 / 95	İyi / Çok İyi
Ekim 2017 / 2018	89 / 88	İyi / İyi
Kasım 2017 / 2018	90 / 91	Çok İyi / Çok İyi
Aralık 2017 / 2018	90 / 90	Çok İyi / Çok İyi

Katılımcıların “Doktor tarafından hastalığım hakkında bana bilgi verildi.” sorusuna ait puan dağılımı “iyi” ve “çok iyi” seviyelerinde seyretmiştir. Bu durum doktorların hastalarını bilgilendirme konusundaki dikkat ve özenini göstermektedir.

Tablo 3. 49. Katılımcıların Hemşire Tarafından Bilgilendirilmeleri

Dönem	Puan	Durum
Ocak 2017 / 2018	90 / 94	Çok İyi / Çok İyi
Şubat 2017 / 2018	90 / 83	Çok İyi / İyi
Mart 2017 / 2018	88 / 94	İyi / Çok İyi
Nisan 2017 / 2018	94 / 90	Çok İyi / Çok İyi
Mayıs 2017 / 2018	91 / 89	Çok İyi / İyi
Haziran 2017 / 2018	90 / 95	Çok İyi / Çok İyi
Temmuz 2017 / 2018	88 / 90	İyi / Çok İyi
Ağustos 2017 / 2018	86 / 87	İyi / İyi
Eylül 2017 / 2018	86 / 95	İyi / Çok İyi
Ekim 2017 / 2018	92 / 88	Çok İyi / İyi
Kasım 2017 / 2018	89 / 90	İyi / Çok İyi
Aralık 2017 / 2018	90 / 86	Çok İyi / İyi

Katılımcıların “Hemşireler tarafından tedavi ve bakımım ile ilgili bana bilgi verildi.” sorusuna ait puan dağılımı çoğunlukla “çok iyi” seviyesinde seyretmiştir. Bu durum hemşirelerin hastalar ile kurduğu iletişimdeki dikkat ve özeni göstermektedir.

Tablo 3. 50. Katılımcıların Doktor İlgisi İle İlgili Cevapları

Dönem	Puan	Durum
Ocak 2017 / 2018	90 / 93	Çok İyi / Çok İyi
Şubat 2017 / 2018	90 / 88	Çok İyi / İyi
Mart 2017 / 2018	94 / 96	Çok İyi / Çok İyi
Nisan 2017 / 2018	91 / 93	Çok İyi / Çok İyi
Mayıs 2017 / 2018	93 / 88	Çok İyi / İyi
Haziran 2017 / 2018	87 / 93	İyi / Çok İyi
Temmuz 2017 / 2018	92 / 83	Çok İyi / İyi
Ağustos 2017 / 2018	87 / 90	İyi / Çok İyi
Eylül 2017 / 2018	85 / 95	İyi / Çok İyi
Ekim 2017 / 2018	95 / 87	Çok İyi / İyi
Kasım 2017 / 2018	93 / 88	Çok İyi / İyi
Aralık 2017 / 2018	92 / 94	Çok İyi / Çok İyi

Katılımcıların “Doktorum bana karşı ilgiliydi.” sorusuna ait puan dağılımının “çok iyi” seviyesinde olması, doktorların hastaları ile ilgilenmelerinde ortaya koydukları performans ve başarıya işaret etmektedir.

Tablo 3. 51. Katılımcıların Hemşire İlgisi İle İlgili Cevapları

Dönem	Puan	Durum
Ocak 2017 / 2018	93 / 93	Çok İyi / Çok İyi
Şubat 2017 / 2018	91 / 87	Çok İyi / İyi
Mart 2017 / 2018	90 / 93	Çok İyi / Çok İyi
Nisan 2017 / 2018	93 / 93	Çok İyi / Çok İyi
Mayıs 2017 / 2018	94 / 91	Çok İyi / Çok İyi
Haziran 2017 / 2018	89 / 96	İyi / Çok İyi
Temmuz 2017 / 2018	89 / 84	İyi / İyi
Ağustos 2017 / 2018	89 / 90	İyi / Çok İyi
Eylül 2017 / 2018	86 / 97	İyi / Çok İyi
Ekim 2017 / 2018	94 / 88	Çok İyi / İyi
Kasım 2017 / 2018	93 / 93	Çok İyi / Çok İyi
Aralık 2017 / 2018	92 / 92	Çok İyi / Çok İyi

Katılımcıların “Hemşireler bana karşı ilgiliydi.” sorusuna ait puan dağılımının “çok iyi” seviyesinde olması, hemşirelerin hastaları ile ilgilenmelerinde ortaya koydukları performans ve başarıyı göstermektedir.

Tablo 3. 52. Katılımcıların Sekreter İle İlgili Cevapları

Dönem	Puan	Durum
Ocak 2017 / 2018	96 / -	Çok İyi / -
Şubat 2017 / 2018	92 / 90	Çok İyi / Çok İyi
Mart 2017 / 2018	91 / 96	Çok İyi / Çok İyi
Nisan 2017 / 2018	92 / 91	Çok İyi / Çok İyi
Mayıs 2017 / 2018	94 / 88	Çok İyi / İyi
Haziran 2017 / 2018	93 / 96	Çok İyi / Çok İyi
Temmuz 2017 / 2018	91 / 85	Çok İyi / İyi
Ağustos 2017 / 2018	90 / 89	Çok İyi / İyi
Eylül 2017 / 2018	86 / 94	İyi / Çok İyi
Ekim 2017 / 2018	94 / 87	Çok İyi / İyi
Kasım 2017 / 2018	93 / 89	Çok İyi / İyi
Aralık 2017 / 2018	94 / 98	Çok İyi / Çok İyi

Katılımcıların “Sekreter bana karşı ilgiliydi.” sorusuna ait puan dağılımının “çok iyi” seviyesinde seyretmesi; sekreterlerin güler yüzlü olması ve hastalarla kurdukları iletişimin başarılı olduğunu göstermektedir.

Tablo 3. 53. Katılımcıların Temizlik Personeli İle İlgili Cevapları

Dönem	Puan	Durum
Ocak 2017 / 2018	92 / 94	Çok İyi / Çok İyi
Şubat 2017 / 2018	89 / 78	İyi / Orta
Mart 2017 / 2018	88 / 94	İyi / Çok İyi
Nisan 2017 / 2018	88 / 90	İyi / Çok İyi
Mayıs 2017 / 2018	91 / 87	Çok İyi / İyi
Haziran 2017 / 2018	90 / 91	Çok İyi / Çok İyi
Temmuz 2017 / 2018	89 / 80	İyi / İyi

Ağustos 2017 / 2018	88 / 89	İyi / İyi
Eylül 2017 / 2018	81 / 89	İyi / İyi
Ekim 2017 / 2018	90 / 82	Çok İyi / İyi
Kasım 2017 / 2018	91 / 86	Çok İyi / İyi
Aralık 2017 / 2018	91 / 93	Çok İyi / Çok İyi

Katılımcıların “Temizlik personeli bana karşı ilgiliydi.” sorusuna ait puan dağılımı “iyi” ve “çok iyi” seviyesinde seyretmiştir. Bu durum hasta odalarında temizliğin yeterli düzeyde sağlandığının göstergesidir.

Tablo 3. 54. Katılımcıların Kişisel Mahremiyet İle İlgili Cevapları

Dönem	Puan	Durum
Ocak 2017 / 2018	90 / 96	Çok İyi / Çok İyi
Şubat 2017 / 2018	85 / 85	İyi / İyi
Mart 2017 / 2018	86 / 95	İyi / Çok İyi
Nisan 2017 / 2018	91 / 88	Çok İyi / İyi
Mayıs 2017 / 2018	86 / 91	İyi / Çok İyi
Haziran 2017 / 2018	82 / 93	İyi / Çok İyi
Temmuz 2017 / 2018	91 / 85	Çok İyi / İyi
Ağustos 2017 / 2018	81 / 89	İyi / İyi
Eylül 2017 / 2018	78 / 92	Orta / Çok İyi
Ekim 2017 / 2018	88 / 87	İyi / İyi
Kasım 2017 / 2018	86 / 86	İyi / İyi
Aralık 2017 / 2018	93 / 90	Çok İyi / Çok İyi

Katılımcıların “Hastane çalışanları kişisel mahremiyetime (muayene edilirken kapının kapanması, aradaki perde veya paravanın çekilmesi gibi) özen gösterdi.” sorusuna ait puan dağılımı “iyi” ve “çok iyi” seviyesinde seyretmiştir. Bu durum hastanenin yatan hasta mahremiyetine de, ayaktan hasta muayenesinde olduğu gibi saygı gösterdiğinin kanıtıdır.

Tablo 3. 55. Katılımcıların Hastane Temizliği İle İlgili Cevapları

Dönem	Puan	Durum
Ocak 2017 / 2018	85 / 88	İyi / İyi
Şubat 2017 / 2018	83 / 81	İyi / İyi
Mart 2017 / 2018	88 / 91	İyi / Çok İyi
Nisan 2017 / 2018	85 / 85	İyi / İyi
Mayıs 2017 / 2018	85 / 77	İyi / Orta
Haziran 2017 / 2018	80 / 82	İyi / İyi
Temmuz 2017 / 2018	88 / 80	İyi / İyi
Ağustos 2017 / 2018	80 / 75	İyi / Orta
Eylül 2017 / 2018	76 / 71	Orta/ Orta
Ekim 2017 / 2018	83 / 76	İyi / Orta
Kasım 2017 / 2018	85 / 84	İyi / İyi
Aralık 2017 / 2018	86 / 86	İyi / İyi

Katılımcıların “Hastane (poliklinikler, muayene olduğunuz oda, bekleme alanları, tuvaletler) genel olarak temizdi”. sorusuna ait puan dağılımı çoğunlukla “iyi” seviyesinde seyretmiştir. Bu durum hastanenin yatan hastalar tarafından da, ayaktan tedavi gören hastalarda olduğu gibi temizliğinin yeterli bulunduğunu göstermektedir.

Tablo 3. 56. Katılımcıların Doktora Ulaşabilme İle İlgili Cevapları

Dönem	Puan	Durum
Ocak 2017 / 2018	88 / 91	İyi / Çok İyi
Şubat 2017 / 2018	86 / 78	İyi / Orta
Mart 2017 / 2018	87 / 94	İyi / Çok İyi
Nisan 2017 / 2018	88 / 87	İyi / İyi
Mayıs 2017 / 2018	88 / 85	İyi / İyi
Haziran 2017 / 2018	86 / 90	İyi / Çok İyi
Temmuz 2017 / 2018	91 / 78	Çok İyi / Orta
Ağustos 2017 / 2018	80 / 86	İyi / İyi
Eylül 2017 / 2018	79 / 86	Orta / İyi
Ekim 2017 / 2018	87 / 85	İyi / İyi
Kasım 2017 / 2018	88 / 87	İyi / İyi
Aralık 2017 / 2018	90 / 91	Çok İyi / Çok İyi

Katılımcıların “Hastalığım ile ilgili olarak ihtiyaç duyduğum durumlarda doktora ulaşabildim.” sorusuna ait puan dağılımı çoğunlukla “iyi” seviyesinde seyretmiştir. Hastaların istedikleri anda doktora ulaşabilmeleri tüm sağlık kurumlarında her zaman arzu edilen bir durumdur ve Hastane bunu başarmıştır.

Tablo 3. 57. Katılımcıların Hizmet İle İlgili Cevapları

Dönem	Puan	Durum
Ocak 2017 / 2018	88 / 91	İyi / Çok İyi
Şubat 2017 / 2018	85 / 83	İyi / İyi
Mart 2017 / 2018	90 / 96	Çok İyi / Çok İyi
Nisan 2017 / 2018	87 / 87	İyi / İyi
Mayıs 2017 / 2018	88 / 86	İyi / İyi
Haziran 2017 / 2018	84 / 90	İyi / Çok İyi
Temmuz 2017 / 2018	89 / 80	İyi / İyi
Ağustos 2017 / 2018	81 / 78	İyi / Orta
Eylül 2017 / 2018	77 / 81	Orta / İyi
Ekim 2017 / 2018	83 / 81	İyi / İyi
Kasım 2017 / 2018	88 / 85	İyi / İyi
Aralık 2017 / 2018	89 / 87	İyi / İyi

Katılımcıların “Hastanede verilen hizmet genel olarak iyiydi.” sorusuna ait puan dağılımı çoğunlukla “iyi” devamında “çok iyi” seviyesinde seyretmiştir. Bu durum hastaların sunulan hizmetten memnun olduklarının göstergesidir.

Tablo 3. 58. Katılımcıların Taburculuk Süreci İle İlgili Cevapları

Dönem	Puan	Durum
Ocak 2017 / 2018	87 / 95	İyi / Çok İyi
Şubat 2017 / 2018	77 / 79	Orta / Orta
Mart 2017 / 2018	74 / 89	Orta / İyi
Nisan 2017 / 2018	81 / 80	İyi / İyi
Mayıs 2017 / 2018	88 / 75	İyi / Orta
Haziran 2017 / 2018	85 / 84	İyi / İyi
Temmuz 2017 / 2018	70 / 82	Orta / İyi
Ağustos 2017 / 2018	78 / 71	Orta / Orta
Eylül 2017 / 2018	66 / 73	Kötü / Orta
Ekim 2017 / 2018	80 / 78	İyi / Orta
Kasım 2017 / 2018	90 / 68	Çok İyi / Kötü
Aralık 2017 / 2018	93 / 84	Çok İyi / İyi

Katılımcıların “Hastaneden ayrılırken taburculuk sonrası süreçle ilgili bana bilgi verildi.” sorusuna ait puan dağılımı çoğunlukla “iyi” devamında ise “orta” seviyede seyretmiştir. Elde edilen sonuca göre, hastalara taburculuk sonrası süreçle ilgili yeterli düzeyde bilgi verilmektedir.

Sağlık Bakanlığı tarafından 2019 yılı Nisan ayı itibarıyla sorularda ve değerlendirme yönteminde değişiklik yapılmıştır. 2019 yılı aylık yatarak tedavi gören hasta memnuniyet oranı tablosu aşağıda Tablo 3. 59’da yer almaktadır.

Tablo 3. 59. 2019 Yılı Yatarak Tedavi Gören Hasta Memnuniyeti

Anket/Ay	Ocak	Şubat	Mart	Nisan	Mayıs	Haziran	Temmuz	Ağustos	Eylül	Ekim	Kasım	Aralık	Yıllık Ort.
Genel Puan (Yatan)	89	88	90	72	72	68	80	82	83	82	85	83	81

2019 yılı aylık yatarak tedavi gören hasta memnuniyeti Mart ayında “çok iyi” diğer aylarda ise “iyi” seviyesinde seyretmiş, 2019 yılında yatan hasta memnuniyeti sağlanmıştır.

2019 Nisan ayından itibaren, yatarak tedavi gören hasta anketi değerlendirme puan aralığı şu şekilde değiştirilmiştir; 91-100 puan aralığı çok iyi, 71- 90 puan aralığı iyi, 51-70 puan aralığı orta, 0-50 puan aralığı kötü.

Tablo 3. 60. 2018-2020 Yılları Arasında Hasta Memnuniyeti

Anket/Ay	Ocak	Şubat	Mart	Nisan	Mayıs	Hızr.	Tem.	Ağs.	Eylül	Ekim	Ksm.	Arl.
2018 Genel Puan (Ayaktan)	71	86	90	70	78	90	87	90	88	85	92	81
2019 Genel Puan (Ayaktan)	85	86	85	68	70	69	69	75	70	73	86	78
2020 Genel Puan (Ayaktan)	88	83	Covid 19- karant ina döne mi	Covid 19- karant ina döne Mi	Covid 19- karant ina döne mi	75	83	86	72	72	72	76
2018 Genel Puan (Yatan)	84	82	93	87	85	88	82	83	86	83	84	89
2019 Genel Puan (Yatan)	89	88	90	72	72	68	80	82	83	82	85	83
2020 Genel Puan (Yatan)	87	77	Covid 19- karant ina döne mi	Covid 19- karant ina döne mi	Covid 19- karant ina döne mi	73	94	75	88	84	73	77
2018 Genel P.(Acil)	91	88	79	79	82	84	85	77	76	75	85	86

2019 Genel Puan (Acil)	96	94	95	68	65	69	71	70	69	76	66	77
2020 Genel Puan (Acil)	70	93	Covid 19- karantina dönemi	Covid 19- karantina dönemi	Covid 19- karantina dönemi	82	83	85	86	91	71	72
2018 Ortalama	82	85	87	79	82	87	85	83	83	81	87	85
2019 Ortalama	90	89	90	70	70	70	73	76	74	77	78	78
2020 Ortalama	79	81	Covid 19- karantina dönemi	Covid 19- karantina dönemi	Covid 19- karantina dönemi	79	86	80	82	82	72	79

Tablo 3.60’da görüldüğü üzere 2018, 2019, 2020 yıllarında tedavi gören hastaların memnuniyet düzeyleri ortalaması en düşük 70 puan ve en yüksek 90 puan olmak üzere değişen aralıklarda yer almaktadır. 2020 yılı Mart, Nisan ve Mayıs ayları koronavirüs (Covid-19) pandemisi sebebiyle anket uygulanamamıştır.

Kuvvetli Yönler

- (1) Kurumun çalışan ve hasta memnuniyet anketlerini düzenli uygulaması.
- (2) Hasta memnuniyetinin, hastanenin kamu kurumu olmasına rağmen yıllar itibari ile çoğunlukla iyi/çok iyi seviyelerinde seyretmesi.
- (3) Çalışan ve hasta memnuniyet anketlerinde beklenti ve öneriler kısmının olması.
- (4) Hasta memnuniyeti anket sonuçlarının aylık olarak değerlendirilmesi.

İyileştirmeye Açık Yönler

- (1) Kurumun çalışan memnuniyetinin yıllar itibariyle düşük olması.

- (2) Kurumun çalışan memnuniyeti arttırmak amacıyla ortaya koyduğu plan ve uygulamaların belirsiz olması.

3.2.3.2.Kriter 7: Stratejik ve Operasyonel Performans

Sağlık hizmetlerinin sunumunda performansı tanımlayıcı faktörler; etkenlik (efficacy), etkililik (effectiveness), uygunluk (appropriateness), verimlilik (productivity) ve etkinlik (efficiency) olarak belirtilmiştir. Bu terimler, sunulan sağlık hizmetinin fayda sağlama potansiyelini ifade etmekte kullanılmaktadır. Etkenlik (efficacy); uygun koşullar altında, sağlık hizmetinin istenen etkileri yaratma yeteneğine işaret etmektedir. Uygunluk (appropriateness); doğru hastaya en doğru zamanda etkili tedavinin uygulanıp uygulanmadığını gösterir. Etkililik (effectiveness); kaynakları en iyi şekilde kullanarak, sağlık hizmetlerinde en iyi sonucu alabilmeyi başka bir ifadeyle kalitesini (hizmet kalitesi, müşteri memnuniyeti vb.) doğrulamayı içerir (Flood vd., 1997: 381). Verimlilik (productivity); sağlık hizmetlerinde mevcut kaynaklar kullanılarak, elde edilen maksimum düzeyde hastalıklardan korunmuş, iyileşmiş ve rehabilite edilmiş hastayı, dolayısıyla sağlık düzeyi yükselmiş toplumu ifade etmektedir. Araştırmanın diğer kriterleri açıklanırken performans göstergelerine değinilmiştir (etkenlik, etkililik ve uygunluk). Bu bölümde OMÜ SUVAM performans göstergeleri ve değerlendirme yöntemlerine ayrıca verimlilik çerçevesinde de yer verilmiştir.

OMÜ, kalite yönetim sistemi için ihtiyaç duyduğu süreçler için;

-Neyin izlenmesi ve ölçülmesi gerektiğini,

-İhtiyaç duyulan izleme, ölçme, analiz ve değerlendirme yöntemlerinin (veri analizinin) nasıl yapılacağına ilişkin tanımlamaları ve izleme sıklığını ilgili süreç planlarında tanımlanmıştır.

İzleme ve ölçme sonuçları “Yönetimin Gözden Geçirmesi”(YGG) toplantılarında değerlendirilir. OMÜ süreçlerinin etkin çalışması için hedefleri eylem planlarında belirtmiştir ve izlemesini sağlamaktadır. Kalite yönetim süreçlerinin, ilgili süreç planlarına uygun olarak çalışması, süreç sorumluları ve koordinatörlerinin izlemeleri ile sağlanmaktadır. Herhangi bir uygunsuzluk tespit edilmesi durumunda, “Düzeltilici ve İyileştirici Faaliyetler Prosedürüne” göre işlem başlatılır (OMÜ Kalite El Kitabı, 2019: 29). OMÜ SUVAM, çocuk hastanesi, erişkin hastanesi ve onkoloji hastanesi ile kapsamlı sağlık hizmeti sunan bir üniversite hastanesidir. Aşağıda yer alan

tablolarda OMÜ SUVAM’a ait 2018, 2019 ve 2020 yıllarına ait performans göstergeleri mevcuttur.

Tablo 3. 61. Hasta Başvuru Sayıları

Yıllar	Hastane/Merkez	Ayaktan	Yatan		Toplam
			Günübirlik	Günübirlik Hariç	
2018	Çocuk Hastanesi	159.102	14.522	9.721	183.345
	Tıp Fakültesi Hastanesi	706.479	65.081	36.099	807.659
	Şehir Sağlık Merkezi	32.947	991		33.938
Toplam 2018		898.528	80.594	45.820	1.024.942
2019	Çocuk Hastanesi	174.808	17.655	9.768	202.231
	Tıp Fakültesi Hastanesi	775.039	83.869	37.743	896.651
	Şehir Sağlık Merkezi	34.398	1.036		35.434
	Fizik Tedavi Merkezi	8.346	-		8.346
Toplam 2019		992.591	102.560	47.511	1.142.662
2020	Çocuk Hastanesi	103.341	13.706	6.902	123.949
	Tıp Fakültesi Hastanesi	509.238	44.885	30.500	584.623
	Onkoloji Hastanesi	46.076	20.557	2.417	66.633
	Şehir Sağlık Merkezi	19.447	1.043		20.490
	Fizik Tedavi Merkezi	4.550	0		4.550
Toplam 2020		682.652	80.191	39.819	800.245
2018 Yılına Göre 2019 Yılındaki Toplam Değişim Oranı (%)		10	27	4	11
2019 Yılına Göre 2020 Yılındaki Toplam Değişim Oranı (%)		-31%	-22%	-16%	-30%

Kaynak: OMÜ İdari Faaliyet Raporu, 2019: 47; OMÜ İdari Faaliyet Raporu, 2020: 48.

OMÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezine başvuran ve ayaktan ya da yatarak tedavi olan hasta sayısında 2019 yılında 2018 yılına oranla %11 oranında artış sağlanırken, 2020 yılında ise 2019 yılına oranla %30 oranında düşüş yaşanmıştır. Bunun nedeni 2019 yılında ortaya çıkarak kısa sürede tüm dünyaya yayılan, Türkiye’de 2020 yılında görülen koronavirüs (Covid-19) salgınıdır. Hastalar pandemiden korunabilmek için acil durumlar dışında hastaneye başvuru yapmamışlardır.

Tablo 3. 62. Ameliyat Sayıları

Sağlık Uygulama Tebliğine Göre Ameliyat Grupları	2018	2019	2020	2018 Yılına Göre 2019 Yılında Değişim Oranı (%)	2019 Yılına Göre 2020 Yılında Değişim Oranı (%)
A1 Grubu	14	32	22	129	-31%
A2 Grubu	262	359	261	37	-27%
A3 Grubu	2.769	3.163	2.374	14	-25%
B Grubu	8.419	9.395	7.667	12	-18%
C Grubu	8.059	9.931	8.046	23	-19%
D Grubu	5.215	6.050	3.866	16	-36%
E Grubu	3.177	3.586	2.361	13	-34%
Diğer	652	19	0	-97	-100%
Toplam	28.567	32.535	24.597	14	-24%

Kaynak: OMÜ İdari Faaliyet Raporu, 2019: 46; OMÜ İdari Faaliyet Raporu, 2020; 47.

OMÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nde yapılan ameliyat sayılarında 2019 yılında 2018 yılına oranla %14'lük bir artış sağlanmışken, 2020 yılında 2019 yılına oranla %-24 oranında bir düşüş görülmektedir. Bu durum, 2020 yılında ülkemizde ilk vakaların görülmeye başladığı koronavirüs (Covid-19) salgını kaynaklıdır. Hastanede koronavirüs (Covid-19) tedbirleri çerçevesinde ameliyat sayıları olabildiğince azaltılmış, acil ameliyatlar yapılmıştır.

Tablo 3. 63. Yatak/Hasta/Tektik Sayıları

	Yatak Sayısı (2018)	Hasta Sayısı (2018)	Yatak Sayısı (2019)	Hasta Sayısı (2019)	Yatak Sayısı (2020)	Hasta Sayısı (2020)
Acil Servis Hizmetleri	14	142.076	35	147.281	38	85.819
Yoğun Bakım	162	7.534	162	7.617	183	7.099
Klinik	892	48.372	915	45.553	914	39.818
	Hasta Sayısı (2018)	Tetkik Sayısı (2018)	Hasta Sayısı (2019)	Tetkik Sayısı (2019)	Hasta Sayısı (2020)	Tetkik Sayısı (2020)
Radyoloji Ünitesi Hizmetleri	237.587	468.103	259.970	520.659	111.239	394.637
Laboratuvar Hizmetleri	416.225	8.699.426	450.528	8.471.888	158.410	6.896.210
Tıbbi Patoloji	26.858	34.526	30.247	39.078	23.628	30.319
Nükleer Tıp Bölümünde Verilen Hizmetler	12.467	14.194	12.552	14.598	7.083	10.194
Poliklinik	898.528		992.318		682.643	

Kaynak: OMÜ İdari Faaliyet Raporu, 2018: 54; OMÜ İdari Faaliyet Raporu, 2019: 45; OMÜ İdari Faaliyet Raporu, 2020: 46.

OMÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nde 2019 yılı hasta yatak sayıları acil servis ve klinik bazında arttırılmış, 2020 yılında ise koronavirüs (Covid-19) pandemisi nedeniyle yoğun bakım alanlarında yatak sayıları arttırılmıştır. 2020 yılı koronavirüs (Covid-19) pandemisinden dolayı hastaneye başvuran hasta sayısı ve yapılan tetkik sayılarında belirgin düşüşler görülmüştür.

Tablo 3. 64. 2015- 2019 Yılları Arası Yatak Doluluk Oranı

Tarih	Toplam Yatış Sayısı	Kapasite	Doluluk Oranı
2015	41092	375.165	% 74,33
2016	43057	363.601	% 75,86
2017	45136	367.339	% 75,67
2018	46481	377.811	% 75,97
2019	48243	408.309	% 75,13

Kaynak: OMÜ SUVAM İstatistik Birimi, 2020.

Yatak doluluk oranı, hasta yataklarının belirli bir zaman süresi içinde (bir ay, üç ay, bir yıl vb.) hastalar tarafından kullanılma durumunu gösterir. Sağlık Bakanlığı verimlilik karne gösterge kartlarına göre (2016: 53): yatak doluluk oranı kabul edilebilir değer aralığı % 75-95'dir. Tablo 3. 64'de görüldüğü üzere OMÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezinin yatak doluluk oranı verimlilik açısından kabul edilebilir aralıktadır. Hasta yataklarını verimli kullanan hastane, aynı zamanda hasta yatağı doluluk oranını belirli bir seviyede tutarak hastane enfeksiyonu önlemede ve oluşabilecek yatak talepleri için imkân sağlanmasında etkili olmuştur. Yatan hasta seviyesinin belirli bir düzeyde tutulması, aynı zamanda kaliteli hasta bakımı sağlanması açısından etkenliği sağlamada yardımcı olmuştur.

Tablo 3. 65. OMÜ SUVAM Performans Göstergeleri (3 Hedef)

Amaç		TOPLUMA HİZMETTE NİTELİĞİ ARTIRMAK					
Hedef		Paydaşlara ulusal ve uluslararası standartlarda ürün ve hizmet sunmak					
Performans Göstergeleri		Ölçüm Birimi	Hedef Etkisi (%)	2019 Hedefi	2019 Yıl Sonu Gerçekleşmesi	2020 Hedefi	2020 Yıl Sonu Gerçekleşmesi
1.	SUVAM Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite Standartları değerlendirme puanı	Sayı	20	85	82,04	85	82,04
2.	SUVAM hekim başına düşen hasta sayısı	Oran	20	1.150	1.258	1.100	850
Hedef		Üniversitemiz ürün ve hizmetlerinin kalitelerini belgelemek ve paydaşların memnuniyet düzeyini artırmak					
Performans Göstergeleri		Ölçüm Birimi	Hedef Etkisi (%)	2019 Hedefi	2019 Yıl Sonu Gerçekleşmesi	2020 Hedefi	2020 Yıl Sonu Gerçekleşmesi
3.	SUVAM hasta memnuniyet düzeyi	Yüzde	20	87	78	85	81

Kaynak: OMÜ İdari Faaliyet Raporu, 2019: 76; OMÜ İdari Faaliyet Raporu, 2020: 87.

Sağlık kuruluşlarında kaliteli hizmet sunumunun sağlanması amacıyla Sağlık Bakanlığı tarafından hasta güvenliği ve çalışan güvenliği ile hasta memnuniyeti ve çalışan memnuniyetini esas alan; verimlilik, etkililik, etkinlik, süreklilik ve zamanlılık gibi hedeflerin gerçekleştirilmesine yönelik standartlar oluşturulmuştur. Sağlık kuruluşları bu standartlar çerçevesinde değerlendirilirler ve değerlendirme sonucunda, değerlendirici ekip tarafından kurumun kalite puanı (0-100 arasında) belirlenir (Sağlıkta Kalitenin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik, 2015: 1). OMÜ SUVAM, 2019 ve 2020 yıllarında Sağlıkta Kalite Standartları hedef puanını 85 olarak belirlemiştir. Yapılan değerlendirmeler sonrası 2019 ve 2020 sonunda OMÜ SUVAM'ın Sağlıkta Kalite Standartları gerçekleşme puanı 82,04 olarak gerçekleşmiştir. Bu durumda, OMÜ SUVAM'ın Sağlıkta Kalite Standartları hedefini % 96,5 oranında gerçekleştirdiğini söyleyebiliriz. OMÜ SUVAM, "Topluma hizmette niteliği arttırmak" stratejik amacı doğrultusunda 2019 yılı hekim başına düşen hasta sayısı hedefini 1.150 olarak belirlemiştir. 2019 yılı sonunda hekim başına düşen hasta sayısı 1.258 olarak gerçekleşmiştir. OMÜ SUVAM 2019 yılı hekim başına düşen hasta sayısı hedefini (yaklaşık % 9 oranında fazlasıyla) sağlamıştır. Kurumun 2020 yılı hekim

başına düşen hasta sayısı hedefi 1.100 iken, 2020 yılı sonunda gerçekleşen hasta sayısı 850'dir. OMÜ SUVAM 2020 yılında hekim başına düşen hasta sayısı hedefi %77 oranında gerçekleştirmiştir. 2020 yılında hekim başına düşen hasta sayısının az olması 2020 koronavirüs (Covid-19) pandemisinden kaynaklanmaktadır. Hastalar pandemiden korunabilmek için acil durumlar dışında zorunlu olmadıkça hastaneye müracaat etmemişlerdir. Hastane tarafından 2015 yılından itibaren düzenli bir şekilde yapılan hasta memnuniyeti anket sonuçları, hastaların aldıkları hizmetten memnun oldukları ortaya konmaktadır. OMÜ SUVAM'ın, 2019 yılı hasta memnuniyet düzeyi hedef puanı 87 olarak belirlenmiştir. 2019 yılı sonunda gerçekleşen hasta memnuniyet puanı 78'dir. OMÜ SUVAM 2019 yılı hedeflenen hasta memnuniyeti puanını % 90 oranında yakalamıştır. 2020 yılı hasta memnuniyet düzeyi hedef puanı 85 olarak belirlenmiş, puan 81 olarak gerçekleşmiştir. OMÜ SUVAM'ın 2020 yılı hedeflenen hasta memnuniyeti puanını % 95 oranında yakaladığını söyleyebiliriz.

Kuvvetli Yönler

- (1) OMÜ'nün performans göstergelerinin düzenli takibinin yapılması.
- (2) OMÜ SUVAM'ın performans göstergelerindeki hedeflere ulaşmış olması.
- (3) OMÜ SUVAM'ın hastalar tarafından tercih edilen bir hastane olması.

İyileştirmeye Açık Yönler

- (1) OMÜ SUVAM'a özel performans göstergeleri daha ayrıntılı bir şekilde ele alınarak belirtilebilir.
- (2) Takip edilen ve sunulan performans göstergelerinin kapsamı (örn. acil servis müdahale başarı oranları, hastane enfeksiyonu kontrolü vb.) genişletilebilir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezinde yapılan bu çalışma, 2019 EFQM Mükemmellik Modeli kriterleri çerçevesinde hazırlanmıştır. Yapılan görüşmeler ve elde edilen analiz sonuçları neticesinde başarılı uygulamalar gözlenmiştir. OMÜ SUVAM, EFQM Mükemmellik kriterleri gereklerinin birçoğunu başarılı bir şekilde karşılamaktadır.

Sağlık sektöründe hizmet sunulan müşteriler hastalardır. Bu nedenle memnuniyet düzeyleri çok önemlidir. Hasta memnuniyeti, verilen hizmetin hastanın beklentilerini karşılamasına bağlıdır. Sağlık hizmetlerinde etkinlik ve verimliliği arttırmak için hasta odaklı yaklaşımı benimsemek gerekir. Hasta memnuniyet düzeyinin kalite yönetiminin hız kazandığı 2015 yılı itibariyle iyi olduğu bulgulanmıştır. Ayrıca memnuniyet düzeyinin yıllar itibari ile yükseldiğini de söyleyebiliriz. Aynı şekilde, hastanenin topluma karşı sorumluluğunu yerine getirdiği, olumlu izlenimlerle hasta başvuru sayısının değerlendirilen yıllar itibari ile arttığı görülmüştür.

Performans sonuçları açısından, hasta memnuniyet anketleri incelendiğinde ayaktan tedavi gören hasta memnuniyet anketi sonuçları en düşük ve en yüksek puanları incelendiğinde; 2015-2016 yıllarında 85,08 (iyi)- 86,57 (iyi), 2017 yılında 70 (orta)- 91 (çok iyi), 2018 yılında 70 (orta)- 92 (çok iyi), 2019 yılında 68 (orta)- 86 (iyi) ve 2020 yılında 72 (orta)- 88 (iyi) şeklindedir. Hastanenin yatarak tedavi gören hastalarına yönelik uygulanan hasta memnuniyeti en düşük ve en yüksek puanları; 2016-2017 yıllarında 82 (iyi)- 89 (iyi), 2018 yılı 81,56 (iyi)- 93,37 (çok iyi), 2019 yılı 68 (orta)- 90 (çok iyi) ve 2020 yılında 73 (orta)- 94 (çok iyi) şeklindedir. Bu sonuçlar hasta memnuniyet oranının hiçbir zaman “kötü” olmadığını, “orta” ve çoğunlukla da “iyi” ve “çok iyi” puan aralıklarında sürdürülebildiğini göstermektedir.

Hastaneye başvuran hasta sayısında, 2018-2019 verileri kıyaslandığında, %11’lik bir artış sağlanmıştır. 2018-2019 yılları arasında ayaktan tedavi gören hasta sayısında %10’luk bir artış, yine aynı yıllar arasında gününbirlik yatarak tedavi gören hasta sayısında %27’lik bir artış, gününbirlik hariç yatarak tedavi gören hasta sayısında %4’lük bir artış olmuştur. 2018-2019 yıllarında ameliyat olarak tedavi gören hasta sayısında %14 oranında bir artış olduğu söylenebilir. 2020 yılında bu oranlarda

koronavirüs (Covid-19) pandemisinden kaynaklı düşüşler olsa da tedavi olan hasta sirkülasyonu devam etmiştir. Bu olumlu sonuç, sağlık çalışanlarının çabaları ile elde edilmiştir. Bununla birlikte sağlık organizasyonları emek yoğun olarak çalışılan ve nöbet usulü ile 24 saat hizmet sunan kuruluşlar olduklarından, hizmeti sunan personelin memnuniyetinin sağlanması oldukça zordur.

2015 ile 2018 yıllarında çalışan memnuniyeti anketi sonuçları en düşük ve en yüksek puanı 57 (kötü)- 62 (kötü) şeklindedir. 2019 aralık ve 2020 aralık ayları çalışan memnuniyeti anketi sonucu puanları da 43 (kötü)- 50 (orta) şeklindedir. Çalışan personel memnuniyet anketlerinde elde edilen değerlendirme puanı olması gerekenden düşüktür. Ankete verilen cevaplar değerlendirildiğinde yıllar itibarıyla en düşük puan alan soruların; çalışanların motivasyonlarının sağlanması, performansları hakkında geri bildirim sağlanması ve ödüllendirme mekanizmasının işleyişi ile ilgili olduğu bulgulanmıştır. Özveri ile çalışan ve hastalara sundukları hizmette “sıfır hata” ile çalışmayı prensip edinen sağlık personelinin motivasyonunun sağlanması gerekmektedir. Bu amaçla kurumun plan ve politikalarının çalışan memnuniyetinin artırılması konusunda düzenlenmesi gerekmektedir. Personele hizmetlerini sunarken kurum içi uygun ortamların sağlanması, dinlenme zamanlarının düzenlenmesi verimli çalışmalarında önemli bir etken olmakla beraber, memnuniyet düzeylerinin artırılmasında da etkilidir. Kurumda personel sayısı artırılarak 24 saat kesintisiz hizmet sunan personelin iş yoğunluğunun azaltılması gerekmektedir.

Çalışanların performanslarına yönelik geri bildirimlerin sağlanması onların güdülenmelerinde ve performanslarının artırılmasında etkili bir yöntemdir. Bu sayede çalışanların performanslarına yönetim tarafından verilen önem bilinir ve kuruma aidiyet hissi güçlenir. Ödül sisteminin işlerlik kazanması iletişim kanalını sürekli açık tutan hastanede, çalışan memnuniyetinin artmasına katkıda bulunacaktır. Ödül sistemi çalışanları motive etmenin yanı sıra onları elde tutmak ve performanslarını arttırmak için kullanılan etkili bir yöntemdir. Kurum dışı faktörlerden ise, sağlık personeline tatmin edici maaş sağlanması, motivasyonlarına katkıda bulunacaktır. Yasalarla beraber haklarında iyileştirmeler yapılması gibi destekleyici devlet politikaları da sağlık çalışanlarının memnuniyetinin sağlanmasında oldukça önemlidir. Ayrıca hasta ve yakınlarının sağlık personeline karşı duygusal ve fiziksel şiddet eylemlerinin önlenmesi

alışmalarının desteklenmesi gerekmektedir. Kurumda, toplam kalite yönetimi uygulamaları üst yönetim tarafından benimsenmekte ve desteklenmektedir. Kurumsallaşmanın da etkisiyle oluşturulan toplam kalite yönetimi uygulamaları kurumun yapısal değişkenleri ile desteklenmiş, işlerlik kazanmıştır. Bu durum araştırmada açık bir şekilde gösterilmektedir. Kaynakların etkin ve verimli kullanımı açısından hastanenin gelir-gider durumu incelendiğinde, 2012-2018 yılları arası 2017 yılı hariç kurumda gelirlerin artmasıyla beraber giderlerin de artması sonucu kara geçilemediği görülmektedir. 2017 yılında kurum kar elde etmiş, 2018 yılında ise yine zarar etmiştir. Kamu idaresi yönetiminde belirli sorumlulukların da etkisinin bulunduğu bu durumun iyileştirilmesine yönelik tedbirler almak gerekmektedir. Hastanenin mali politikaları gözden geçirilerek tasarruf önlemlerinin alınması gerektiği bulgulanmıştır. Hastanede yeni finansal kaynak oluşturma fırsatları oluşturularak, mali yapı güçlendirilebilir. Öncelikli amacı kar elde etmek olmayan, kaliteli sağlık hizmeti sunmak olan hastanenin dış müşteri (hasta) başvurusu ve memnuniyeti göz önüne alındığında bunu başardığını söyleyebiliriz.

Yapılan araştırmanın bulguları, EFQM Mükemmellik Modeli uygulamaları ile hastanelerin zdeğerlendirme yaparak, iyileştirme yapılacak alanlarını ve kuvvetli yönlerini saptayabileceklerini göstermiştir.

Bu çalışmada, tüm dünyayı etkisi altına alan koronavirüs (Covid-19) pandemisinden dolayı sağlık kurumunda çalışanların işlerinin yoğun olması daha az zamanda veri toplanmasına neden olmuştur. Bununla birlikte sağlık kurumlarında toplam kalite yönetimi değerlendirilmesi çalışmasının sadece Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nde yapılmış olması çalışmanın sınırlılıkları içerisinde yer almaktadır. Bundan sonra yapılacak çalışmalarda kamu ve özel sektör sağlık kurumlarının toplam kalite yönetimi uygulamaları karşılaştırmalı olarak analiz edilebilir.

KAYNAKLAR

- AARONS, G. A., WELLS, R. S., ZAGURSKY, K., FETTES, D. L., PALINKAS, L. A. (2009). Implementing Evidence-Based Practice in Community Mental Health Agencies: A Multiple Stakeholder Analysis. *American Journal of Public Health*. 99(11): 2087-2095.
- ADEBANJO, D. (2001). TQM And Business Excellence: Is There Really A Conflict? *Measuring Business Excellence*. 5(3): 37–40.
- AKAL, Z. (1995). Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçme ve Değerleme Sistemleri. *Verimlilik Dergisi*. Toplam Kalite Özel Sayısı: 83-87.
- AKAYDIN, S. Ö. (2010). *EFQM Mükemmellik Modelinin Petrokimya Sektöründe Uygulanması*, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- ALTUNBAĞ, M. (2005). *ISO 9000 Standartları ve Toplam Kalite Yönetimi'nin Uluslararası Pazarlamaya Etkileri: İç Anadolu Bölgesi'nde Bir Uygulama*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Kayseri: Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- ANTONY, J. (2006). Six Sigma for Service Processes. *Business Process Management Journal*. 12 (2): 234-248.
- AYAN, M. (2001). *Faaliyetlere Dayalı Maliyetleme Yaklaşımının T.K.Y'ndeki Rolü*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul: Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- BAY, M., ÇİÇEK, E. (2007). Tam Zamanında Üretim Sistemlerinde Hata Önleyiciler: Poka. *Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 2007(3), 53-62.
- BAĞRIAÇIK, A. (1995). *Belgelerle Uygulamalı ISO 9000 Nedir? Nasıl Kurulur?* İstanbul: Bilim Teknik Yay.
- BAKAN, İ. (2006). *Çağdaş Yönetim Yaklaşımları*. İstanbul: Beta Yayınları.
- Baldrige Performance Excellence Program. (2019). *Baldrige Framework*. Erişim adresi: <https://www.nist.gov/baldrige> (20.01.2019).
- BARKER, T., B. (1986). Quality Engineering by Design: Taguchi's Philosophy. *Quality Progress*. 19 (12): 32-33.
- BEDÜK, A. (2011). *Modern Yönetim Teknikleri*. Ankara: Gazi Kitabevi.

- BEKAR, A. (2015). *EFQM Mükemmellik Modeli ve Gelir İdaresinde Gelirin Mükemmel İdaresi (GEMİ) Projesi*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), İstanbul: İstanbul Gelişim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- BEKTAŞ, Ç. (2019). *Toplam Kalite Yönetimine Güncel Bakış*. İstanbul: Beta Basım Yayım Dağıtım A.Ş.
- BOLAT, T. (2000). *Toplam Kalite Yönetimi*. İstanbul: Beta Basım Yayım Dağıtım A.Ş.
- BOU-LLUSAR, C. J., ESCRIG-TENA, A. B., ROCA-PUIG, V., BELTRAN-MARTIN, I. (2003). To what extent do enablers explain results in the EFQM excellence model? *International Journal of Quality and Reliability Management*. 4(22): 337-353.
- BURNAK, N. (1997). *Toplam Kalite Yönetimi- İstatistiksel Süreç Kontrolü*. Eskişehir: Osmangazi Üniversitesi Yayınları.
- CHMILIAR, I. (2010). Multiple-Case Designs, *Encyclopedia Of Case Study Research*, Mills, J. A., Durepos, G., Wiebe, E. (Ed.), USA: SAGE Publications, 582- 583.
- CROW, S. M., HARTMAN, S. J., MAHESH, S., MCLENDON, C. L., HENSON, S. W., & JACQUES, P. H. (2008). Strategic analyses in nursing schools: Attracting, educating, and graduating more nursing students: Part 2-stakeholder analysis. *The Health Care Manager*. 27(4), 324- 331.
- ÇARIKCI, B. (2006). *Özdeğerlendirme ve Türk Kamu Sektöründe Uygulama*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Gebze: Gebze Yüksek Teknoloji Enstitüsü Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- ÇELİK, A. (2006). *Kalite Yönetim Sistemi ve CE İşareti Uygulamaları*. Ankara: Gazi Kitabevi.
- ÇELİK, C. (1993). Kalite Yönetiminde İnsan Faktörü. *Verimlilik Dergisi*. Kalite Özel Sayısı: (119-132).
- ÇETİN, C. (2010). *Toplam Kalite Yönetimi İlke, Süreç, Uygulama*. İstanbul: Beta Basım Yayım Dağıtım A.Ş.
- ÇETİN, C., AKIN, B. ve EROL, V. (1998). *Toplam Kalite Yönetimi ve ISO 9000 Kalite Güvence Sistemi*. İstanbul: Beta Basım Yayım A.Ş.
- ÇETİNKAYA, K. (2000). *Toplam Tasarım*. Ankara: Gazi Kitabevi.
- ÇINARLI, S., HIZAL, A., S. (2014). *Özelleştirme Uygulamaları ve Sağlık Hizmetlerinin Özelleştirilmesi*. İstanbul: Leges Yayıncılık.

- ÇIRPAN, H. ve ŞEN, A. (2009). İşletmelerde Yenilikçiliği Geliştirmede Etkili Bir Araç: Yetenek Yönetimi. *Çerçeve Dergisi, MÜSİAD*. 52 (16): 110-116.
- DEKIMPE, M. G., STEENKAMP, J. B. E. M., MELLENS, M., & ABEELE, P. V. (1997). Decline and Variability In Brand Loyalty. *International Journal of Research in Marketing*. 14 (5): 405-420.
- DE KONING, H., VERVER, J. P., VAN DEN HEUVEL, J., BISGAARD, S., & DOES, R. J. (2006). Lean six sigma in healthcare. *Journal for Healthcare Quality*. 28(2): 4-11.
- Deming Prize. (2020). *Download/Guide*. Erişim adresi: https://www.juse.or.jp/deming_en (12.06.2020).
- DİKEN, A. (1995). *Toplam Kalite Yönetimi ve Hizmet Sektöründe Bir Uygulama*. (Yayınlanmamış Doktora Tezi). Konya: Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- DİNÇER, Ö. (1998). *Stratejik Yönetim ve İşletme Politikası*. 5. Baskı. İstanbul: Beta Yayınları.
- DOĞAN, Ö. İ, TÜTÜNCÜ Ö. (2003). *Hizmet İşletmelerinde Toplam Kalite Yönetimi Kapsamında ISO 9001: 2000 ve Bilgisayar Destekli Bir Uygulama*. İzmir: DEÜ Rektörlük Matbaası.
- DONABEDIAN, A. (1980). *Explorations in Quality Assessment and Monitoring: The Definitions of Quality and Approaches to Its Assessment*. Ann Arbor, MI: Health Administration Press, Michigan.
- DURAN, C., ECE, O. (2010). *Kalite Ödüllerinin Firma Değeri Üzerindeki Etkisinin Analizi*. Bursa: Ekin Basın Yayın Dağıtım.
- EFİL, İ. (2010). *Toplam Kalite Yönetimi*. Bursa: Dora Basım.
- EFQM Home Page. (2020). *The EFQM Model*. Erişim adresi: <https://www.efqm.org/efqm-model> (10.12. 2020).
- EFQM Modeli Tanıtım Kitabı. (2020). İstanbul: Kalder yayınları.
- EFQM. (2000). *Özdeğerlendirme Yöntemleri ve Uygulama Rehberi*. İstanbul: Kalder Yayınları.
- EFQM. (2010). *EFQM Transition Guide: How to upgrade to the EFQM Excellence Model 2010*. Brussels: EFQM Publications.
- EFQM. (2010). *Mükemmellik Modeli Tanıtım Kılavuzu*. İstanbul: Kalder yayınları.

- El Kitabı (2003). *EFQM Mükemmellik Modeli, Kamu ve Sivil Toplum İçin Mükemmellik Modeli El Kitabı*. İstanbul: KalDer Yayınları.
- ELEVLİ, S. (2010). *Toplam Kalite Yönetimi (Yenilikçi Yöntemlerle Kayıtlı İstihdamın Teşviki Hibe Programı) Eğitim Kitabı (Proje No.TR07H1.01-001/70)*. Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti Projesi.
- ER, E. (2018). *Sağlık Sektöründe Bilgi Teknolojilerinin Kullanımı Verimlilik İlişkisi*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul: İstanbul Gelişim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- ERDEM, E. (1998). Türk Toplumunun İş Ahlakı ve Ekonomik Gelişmesinde Ahilik Kültürünün Yeri ve Önemi. *Siyasette ve Yönetimde Etik Sempozyumu Kitabı* (ss.434-444), Düzenleyen Sakarya Üniversitesi İ.İ.B.F. Adapazarı. 24-26 Aralık 1997.
- ERKAN, A. (2011). Bağımsız Düzenleyici ve Denetleyici Kurumlar: Türkiye Uygulaması. *Bütçe Dünyası Dergisi*. 35(1): 167.
- EREN, E. (2016). *Yönetim ve Organizasyon (Çağdaş ve Küresel Yaklaşımlar)*. İstanbul: Beta Yayınları.
- ERSOY, S. M. ve ERSOY, S. A. (2011). *Kalite Yönetimi & Toplam Kalite Yönetimi ve Kalite Denetimi*. Ankara: İmaj Yayınevi.
- ERTURGUT, R. (2012). *Toplam Kalite Yönetimi ve Liderlik*. Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- ERTÜRK, M. (1996). *İşletme Biliminin Temel İlkeleri*. 2. Basım. İstanbul: Beta Yayıncılık.
- FEIGENBAUM, A. V. (1991). *Total Quality Control. Singapore: Fortieth Anniversary Edition*. Mc Graw-Hill Inc.
- FLOOD, A. B., SHORTELL, S. M., SCOTT, R. W. (1997). Organizational Performance Managing Efficiency and Effectiveness, *Essentials of Health Care Management*, SHORTELL, S.M., KALUZNY, A.D. (Ed.), New York: Delmar Publishers, 381-429.
- FREEMAN, R. (1994). *Quality Assurance in Training-Education 2 nd Edition*. London: Kogan Page.
- GARVIN, D. (1988). *Managing Quality: A Strategie and Competitive Edge*. USA: The Free Press.

- GÜR, J. (1996). *Kalite Maratonu*. Ankara: Asiad & Kosgeb Yayınları.
- GÖZLÜ, S. (1994). *Üretim, Verimlilik ve Toplam Kalite Yönetimi, Toplam Kalite Yönetiminde Türkiye Perspektifi*. İstanbul: Uniform Matbaacılık.
- GÖZÜYILMAZ, H. (2013). *EFQM Modeli Kapsamında Kurumsal Sosyal Sorumluluk Uygulamaları İle Kurumsal İmaj İlişkisinin Araştırılmasında Yapısal Eşitlik Modellerinin Kullanılması*. (Yayınlanmamış Doktora Tezi). Eskişehir: Eskişehir Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- GÜLEÇ, S., GÖKMEN, H. (2009). Bir İşletme Olarak Hastanelerde Risk Yönetimi ve Hasta Güvenliği. *Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı cilt 2* (ss.166-178), Düzenleyen Sağlık Bakanlığı. 19-21 Mart 2009.
- GÜLLÜ, E., ULCAY Y. (2002). Kalite Fonksiyonu Yayılımı ve Bir Uygulama. *Uludağ Üniversitesi Mühendislik-Mimarlık Fakültesi Dergisi*. 7(1): 74.
- GÜMÜŞ, S., ÖNGÖR, N., GÜMÜŞBİLİM, G. H. (2013). *Sağlık işletmelerindeki çatışmaların hizmetlerinin pazarlanmasına etkileri*. İstanbul: Hiperlink.
- GÜMÜŞ, S. (2017). *Hizmet Pazarlaması Sağlıkta Güncel Konular Araştırma İnceleme ve Deneyimler*. Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- GÜN, B. (2018). *Kalite, Mükemmellik Yolculuğu ve EFQM Mükemmellik Modeli* [PowerPoint slaytı], <http://kalite.idari.erdogan.edu.tr> (29.12.2019).
- GÜNEY, S. (2004). *Açıklamalı Yönetim- Organizasyon ve Örgütsel Davranış Terimler Sözlüğü*. Ankara: Siyasal Kitabevi.
- HALİS, M. (2010). *Toplam Kalite Yönetimi & ISO 9000 Kalite Yönetim Sistemleri*. Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- HAWKES, C., AHERN, A. L., JEBB, S. A. (2014). A Stakeholder Analysis of The Perceived Outcomes of Developing and Implementing England's Obesity Strategy 2008-2011. *BMC Public Health*. 14(1): 1-13.
- İŞİĞİÇOK, E. (2012). *TKY Bakış Açısıyla İstatistiksel Kalite Kontrol*. Bursa: Ezgi Kitabevi.
- İNANIR, A. (2020). Modern İşletmecilikte Yönetimsel Konular, *Örgütsel Çeviklik*, Sağır. M (Ed.), Konya: Eğitim Yayınevi, 73.
- Kalder, (1999). *Çağın Yönetim Anlayışı "Toplam Kalite Yönetimi" ve Ulusal Kalite Hareketi*. İstanbul: Kalder.

- KARAPETROVIC, S., WILLBORN, W. (2001). Audit and Self Assessment in Quality Management: Comparison and Compatibility. *Managerial Auditing Journal*. 6 (16): 366–377.
- KAVUNCUBAŞI, Ş. (2000). *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*. Ankara: Siyasal Kitabevi.
- KAYA, S. (2012). Sağlık Hizmetlerinde Kalite Kavramı, *Sağlık Kurumlarında Kalite Yönetimi*, S. Kaya (Ed.), Eskişehir: T.C. Anadolu Üniversitesi Yayını, 2 – 29.
- KESER, K. (1999). *ISO 9000. 1.Baskı*. İstanbul: Alfa Yayınları.
- KIRGIN, D. (2011). *Kalite Yönetim Sistemleri'nin hastanelerin performansları üzerine etkileri: Sağlık Bakanlığı hastaneleri üzerine bir araştırma*. (Yayınlanmamış Yüksek lisans Tezi). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- KİTAPÇI, H. (2001). *Toplam Kalite Yönetiminde Özdeğerleme ve Gebze Organize Sanayi Bölgesinde Çalışanların Tatmini Üzerine Bir Saha Araştırması*. (Yayınlanmamış Doktora Tezi). Gebze: GYTE.
- KOÇEL, T. (2018). *İşletme Yöneticiliği*. İstanbul: Beta Basım Yayım Dağıtım A.Ş.
- KOTLER, P., NANCY, L. (2007). *Kamu Sektöründe Pazarlama Kamu Kuruluşlarının Performansını Geliştirmek İçin Bir Yol Haritası*. (Çeviren: Zeynep Kökkaya Chalar). İstanbul: Mediacat Yayınları.
- KÜÇÜK, O. (2010). *Kalite Yönetimi ve Kalite Güvence Sistemleri*. Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- KÜÇÜK, O. (2012). *Toplam Kalite Yönetimi*. Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- LAPIDUS, V. A. (2001). Total Quality Management (TQM) as A Requisite Element and The Keystone to Restructuring in Russian Companies, *Process Measures and Management, The 6th TQM World Congress, Saint Petersburg* (ss.52-58).
- LAZAREVIC, M., MANDIC, J., SREMCEV, N., VUKELIC, D., & DEBEVEC, M. (2019). A systematic literature review of Poka-Yoke and novel approach to theoretical aspects. *Strojniski Vestnik/Journal of Mechanical Engineering*. 65(7-8): 454-467.
- MADU, C. (1998). *Malcolm Baldrige, Deming Prize and European Quality Awards: a Review and Synthesis. Handbook of Total Quality Management*. New York: Kluwer Academic Publishers.

- MARQUIS B. L., HUSTON C. J. (2009). *Leadership Roles & Management Functions in Nursing*. Wolters Kluwer Health-Lippincott Williams & Wilkins Sixth Edition.
- MASAAKI, I. (1997). *Kaizen/Japonya'nın Rekabetteki Başarısının Anahtarı*. İstanbul: Brisa Yayını.
- MUTLU, H., YILMAZ, S. (2019). Hastanelerde Kalite Çemberleri ve Bir Uygulama Örneği. *İşletme ve Yönetim Bilimleri Uluslararası Kongresi Kitabı* (ss.8-9), Düzenleyen Conley American University. 22-23 Şubat 2019.
- NIKCEVIC, G. (2014). The Influence of Organizational Culture on Leadership-Case Study Montenegro. *Expert Journal of Business and Management*. 2(2): 37-46.
- OMÜ BAP Projeleri ve Özetleri. (2016-2020). Erişim adresi: <http://pyo.omu.edu.tr> (03.03.2021).
- OMÜ BAP Projeleri Özetler Kitabı (2013-2015 Yılları). (2016). Erişim adresi: [http://www.omu.edu.tr/sites/default/files/files/BAP%20Proje%20%C3%96zetleri%20Kitab%C4%B1\(1\).pdf](http://www.omu.edu.tr/sites/default/files/files/BAP%20Proje%20%C3%96zetleri%20Kitab%C4%B1(1).pdf) (05.01.2020).
- OMÜ Hasta Yakını Evi Çalışma Yönergesi. (2014). Erişim adresi: <https://s3.omu.edu.tr/kalem/dzt1vgjsbhs5tnzm4iku6a6zg7g> (03.04.2020).
- OMÜ İdari Faaliyet Raporu. (2018). Erişim adresi: <http://birimler.omu.edu.tr/files/sgdb/files/2018omuifr.pdf> (16.01.2021).
- OMÜ İdari Faaliyet Raporu. (2019). Erişim adresi: sgdb.omu.edu.tr (27.03.2020).
- OMÜ İdari Faaliyet Raporu. (2020). Erişim adresi: sgdb.omu.edu.tr (05.01.2021).
- OMÜ Kalite El Kitabı. (2019). Erişim Adresi: <https://s3.omu.edu.tr/kalem> (05.04.2020).
- OMÜ Kalite Koordinatörlüğü. (2019). Erişim adresi: <http://kalite.omu.edu.tr/anketler> (20.02.2021).
- OMÜ Kalite Yönetim Sistemi. (2019). Erişim adresi: <https://kalem.omu.edu.tr> (10.01.2021).
- OMÜ Kurum İç Değerlendirme Raporu (2018). Erişim adresi: blog.omu.edu.tr/kalite (17.10.2019).
- OMÜ Kurumsal Geri Bildirim Raporu (2018). Erişim adresi: <https://yokak.gov.tr> (05.09.2019).
- OMÜ Risk ve Fırsat Yönetimi Prosedürü (2019). Erişim adresi: <https://s3.omu.edu.tr/kalem> (12.05.2020).

- OMÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi. (2021). *Kurumsal*. Erişim adresi: <http://hastane.omu.edu.tr> (14.03.2021).
- OMÜ Satın Alma Prosedürü (2019). Erişim adresi: <https://s3.omu.edu.tr/kalem> (05.01.2020).
- OMÜ SUVAM Yönetmeliği (2015). Erişim adresi: <https://kms.kaysis.gov.tr> (28.02.2021).
- OMÜ Tıp Fakültesi. (2021). *Tarihçe*. Erişim adresi: <http://tip.omu.edu.tr/fakultemiz/tarihce> (03.01. 2021).
- OMÜ Topluma Hizmet Politikası (2019). Erişim adresi: <https://s3.omu.edu.tr/kalem> (18.02.2019).
- OMÜ 2018 Yılı Sayıştay Denetim Raporu. (2019). Erişim adresi: <https://www.sayistay.gov.tr> (06.12.2019).
- OMÜ 2014- 2018 Stratejik Plan (2013). Erişim adresi: <http://sgdb.omu.edu.tr> (10.01.2020).
- OMÜ 2019- 2023 Stratejik Plan (2018). Erişim adresi: <http://sgdb.omu.edu.tr> (10.01.2020).
- ORDAŞ, S., YAYLA, N. (1997). *Toplam Kalite Kontrol*. İstanbul: Kalder Yayınları.
- OYMAK, H. AÇIKGÖZ, A. POLAT, İ. KARACA, B. ve ÇELEBİ, İ. (2009). *Toplam Kalite Yönetimi. 2. Baskı. Strateji Geliştirme Başkanlığı*. Ankara: Sistem Ofset.
- Özel Hastaneler Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik (22 Mart, 2017). *Resmî Gazete* (Sayı: 30015). Erişim adresi: <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2017/03/20170322-28.htm> (05.05.2019).
- ÖZEVREN, M. (1997). *Toplam Kalite Yönetimi, Temel Kavramlar ve Uygulamalar. 1. Basım*. İstanbul: Alfa Yayınları.
- ÖZGEN, H. (1993). *Hasta Bakım Kontrolünün Hastane Yönetimi Açısından Önemi*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- ÖZTEMEL, E. (2001). *Belediyelerde Toplam Kalite Yönetimi*. İstanbul: Değişim Yayınları.
- PAKÖZ, G. (2010). *Öğretmenlerin Malcolm Baldrige Mükemmellik Modeli Algılarının Ölçülmesi*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

- PARLAK, S. (2004). *İşletmelerde Toplam Kalite Yönetimi*. Ankara: Ekin Kitabevi.
- PEŞKİRCİOĞLU, N. (1999). *Kalite Yönetiminde ISO 9000 Uygulamaları*. Ankara: MPV Yayınları.
- PORTER, L. J., TANNER S. J. (2005). *Assessing Business Excellence*. Oxford: Elsevier Butterworth-Heinemann.
- PUN, K. F., CHIN, K. S., LAU, H. (1999). A self-assessed quality management system based on integration of MBNQA/ISO 9000/ISO 14000. *International Journal of Quality and Reliability Management*. 16(6): 606–629.
- RITCHIE, L., DALE, B. G. (2000). Self-assessment using the business excellence model: a study of practice and process. *International Journal of Production Economics*. 66 (3): 241-254.
- SAAT, M., (2000). Kalite denetiminde Taguchi yaklaşımı. *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*. 2 (3): 97-108.
- Sağlık Bakanlığı Verimlilik Karne Gösterge Kartları. (2016). Erişim adresi: <https://khgmverimlilikkalitedb.saglik.gov.tr> (15.02.2020)
- Sağlıkta Kalitenin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik. (2015). Erişim adresi: <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/28352,saglikta-kalitenin-gelistirilmesi-ve-degerlendirilmesine-dair-yonetmelikpdf> (25.03.2020).
- Samsun İl Sağlık Müdürlüğü. (2020). *Organ ve Doku Nakli Bölge Koordinasyon Merkezi*. Erişim adresi: <https://samsun.saglik.gov.tr> (12.01.2020).
- SARP, N. (2014). *Toplam Kalite Yönetimi Uygulamaları*. Ankara: Siyasal Kitabevi.
- SAYGILI, M., ÖZER, Ö. (2020). Sağlık Çalışanlarında Ekip Çalışması Tutumlarının İncelenmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*. 11(27): 444-454.
- SCHEIN, E., H. (1990). Organizational Culture. *American Psychologist*. 45(2): 109-119.
- SEÇİM, H. (2000). *Hastane Yönetim ve Organizasyonu*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayını.
- SEVİM, A. (1997). Toplam Kalite Yönetimine Bir Araç Olarak Toplam Kalite Maliyetlerinin Tekdüzen Hesap Planı Çerçevesinde Muhasebeleştirilmesi. *Anadolu Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*. 13(1): 209-255.
- SINGH, B. (2019). Quality Revolution in Japan: Role of Dr. Joseph M. Juran. *Business Studies*. XL (1): 56-61.

- SOWER, V., DUFFY, J. A., KILBOURNE, W., KOHERS, G., JONES, P. (2001). The Dimensions of Service Quality For Hospitals. *Health Care Management Review*. 26 (2): 47-59.
- SÖNMEZ, S. ve UĞURLUOĞLU, Ö. (2017). Sağlık kurumlarında paydaş analizi. *Uluslararası Yönetim İktisat ve İşletme Dergisi*. 13(1): 223-245.
- ŞEKERKAYA, A. K. (1997). *Bankacılık Hizmetlerinde Algılanan Toplam Kalite Ölçümü*. Ankara: Sermaye Piyasası Kurulu.
- ŞENGÜN, H. (2016). Sağlık Hizmetleri Sunumunda İnovasyon. *Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Haseki Tıp Bülteni*. 54(4): 194-198.
- ŞİMŞEK, A. (2007). *Sağlık Hizmetlerinin EFQM Mükemmellik Modeli ile Değerlendirilmesi ve Gazi Üniversitesi Hastanesi Uygulaması*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Ankara: Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- ŞİMŞEK, M. (2001). *Toplam Kalite Yönetimi*. İstanbul: Alfa Yayınevi.
- ŞİMŞEK, M. (2004). *Kalite Yönetimi*. İstanbul: Alfa Yayınevi.
- ŞİMŞEK, M. (2006). *Toplam Kalite Yönetiminde Başarının Anahtarı-İnsan Faktörü*. İstanbul: Babıali Kültür Yayıncılığı.
- ŞİRVANCI, M. (1997). *Kalite İçin Deney Tasarımı, Taguchi Yaklaşımı*. İstanbul: Literatür Yayınları.
- TAŞLIYAN, M., GÖK, S. (2012). Kamu ve Özel Hastanelerde Hasta Memnuniyeti: Kahramanmaraş'ta Bir Alan Çalışması. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İktisadi İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*. 2(5): 69-94.
- TENGİLİMOĞLU, D., IŞIK, O., AKBOLAT, M. (2009). *Sağlık işletmeleri yönetimi*. Ankara: Nobel Yayıncılık.
- The EFQM Model (2019). *EFQM Excellence Model 2019 Version*, Brussels: EFQM Publications.
- TONTUŞ, H. Ö. (2017). *Üniversite Hastaneleri*. SATURK Yayınları. Erişim adresi: <http://www.satark.gov.tr> (26.10.2019).
- TOP, S. (2009). *Toplam Kalite Bağlamında Sürekli İyileştirme Anlayışı*. İstanbul: Beta Yayınları.
- Toplam Kalite Yönetimi Araştırma Komitesi. (1994). *Toplam Kalitenin Amaç ve Felsefesi, Toplam Kalite Yönetiminde Türkiye Perspektifi: Uygulamalar, Fırsatlar, Öneriler*. İstanbul: Uniform Matbaacılık.

- Türk Akreditasyon Kurumu. (2021). Akreditasyon. Erişim adresi: www.turkak.org.tr (10.01.2021).
- Türk Standartları Enstitüsü (1997). *TSEN- ISO 9000 Kalite Broşürü*. Ankara: TSE Yayınları.
- Türk Standartları Enstitüsü. (2021). *TSE'nin Görevleri*. Erişim adresi: tse.org.tr (03.01.2021).
- Türkiye İstatistik Kurumu. (2012). Faaliyet raporu: 2011 mali yılı. Erişim adresi: <https://www.tuik.gov.tr/jsp/duyuru/upload/FR-2011.pdf> (10.06.2019).
- Türkiye Kalite Derneği. (2010). *2010 Ulusal Kalite Ödülü Kitabı*. İstanbul: KalDer Yayınları.
- Türkiye Kalite Derneği (Kalder). (2019). *EFQM Modeli*. Erişim adresi: https://www.kalder.org/efqm_mukemmellik_modeli (10.01.2019).
- TÜRKYILMAZ, F. (2009). *Çalışanların Özdeğerlendirme, Değişim Yönetimi ve Örgütsel Bağlılık Algılarının Değerlendirilmesi*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- UÇKUN, G., ŞEN, A. (2002). İç Müşterinin Sesinin Kalite Fonksiyon Göçerimi İle Analizi ve Türk Kablo A.O da Uygulama Örneği. *1.Ulusal Kalite Fonksiyon Göçerimi Sempozyumu* (ss.156-157), Düzenleyen Dokuz Eylül Üniversitesi İzmir. 17-19 Nisan 2002.
- Ulusal Kalite Ödülü Kitabı. (2012). Türkiye Kalite Derneği. İstanbul: Kalder Yayınları.
- ÜLGEN, H., MİRZE, S. K. (2010). *İşletmelerde Stratejik Yönetim*. İstanbul: Beta Yayınları.
- ÜRÜT, Z. (2006). *Avrupa Kalite Ödülü Modeli'nin Eğitim Kurumlarında Uygulanması ve Modelin Performansa Etkisi Üzerine Bir Araştırma*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Bursa: Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- WERNER, I. (1993). *Liderlik ve Yönetim*. Çev. Vedat Üner. İstanbul: Rota Yayınları.
- WILLCOCKS, S. G. (1994). Organizational Analysis: A Health Service Commentary. *Leadership & Organization Development Journal*. 15(1): 29-32.
- YALÇIN, B. (2006). *Toplam Kalite Yönetimi ve Kalite Dinamikleri, Toplam Kalite ve Stratejik Yönetimde Yeni Eğilimler*. Ankara: Gazi Kitabevi.
- YANG, K. (2005). *Design For Six Sigma for Service*. New York: McGraw-Hill.

- YAPRAKLI, T. Ş., GÜZEL, D. (2010). Sağlık Sektöründe Bir Kalite Fonksiyon Göçerimi Uygulaması. *Selçuk Üniversitesi Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*. 10(19): 457-476.
- Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği (1983, 13 Ocak). *Resmî Gazete* (Sayı: 17927). Erişim adresi: <http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index> (13.10.2019).
- YÜCEL, M. (2007). Toplam Kalite Kontrolü Açısından İstatistiksel Süreç Kontrol Tekniklerinin Önemi. 8. *Türkiye Ekonometri ve İstatistik Kongresi* (ss.14-15), Düzenleyen İnönü Üniversitesi Malatya. 24-25 Mayıs 2007.
- 2017 Türkiye Mükemmellik Ödülleri Kitapçığı. (2018). Erişim adresi: <https://www.kalder.org> (05.01.2020).
- 2018 Türkiye Mükemmellik Ödülleri Kitapçığı. (2019). Erişim adresi: <https://www.kalder.org> (25.03.2021).

EKLER

EK 1: OMÜ İle İlgili Taraflar ve Beklentileri Tablosu

 ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ İLGİLİ TARAFLAR VE BEKLENTİLERİ TABLOSU									
Paydaş Adı	İç	Dış	Temel Paydaş	Stratejik Paydaş	Paydaş Sebebi	Paydaş Beklentisi	Etki	Önem	Önceliği

Kaynak: OMÜ Kalite Yönetim Sistemi, 2019.

EK 2: OMÜ İç Hususlar Tablosu

 ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ İÇ HUSUSLAR TABLOSU				
İÇ HUSUSLAR	BAĞLAM	ETKİLEYEN HUSUS	ETKİLERİ	
			GÜÇLÜ YÖN	ZAYIF YÖN
NOTLAR SP de yer alan güçlü ve zayıf yönlerden buraya almadıklarımız taraf beklentileri bölümünde işlenmiştir. Personel ve öğrenci için ihtiyaçlar ile ilgili bilgiler SP için yapılan anket sonuçlarını içeren rapordan alınmıştır.				

Kaynak: OMÜ Kalite Yönetim Sistemi, 2019.

EK 3: OMÜ Dış Hususlar Tablosu

 ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ DIŞ HUSUSLAR TABLOSU				
DIŞ HUSUSLAR	BAĞLAM	ETKİLEYEN HUSUS	ETKİLERİ	
			FIRSATLAR	TEHDİTLER
	POLİTİK / SİYASAL			
	EKONOMİK / MALİ			
	SOSYO-KÜLTÜREL			
	TEKNOLOJİK / TEKNOLOJİK GELİŞMELER			

Kaynak: OMÜ Kalite Yönetim Sistemi, 2019.

EK 3 (Devamı): OMÜ Dış Hususlar Tablosu

 ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ DIŞ HUSUSLAR TABLOSU				
DIŞ HUSUSLAR	YASAL / YASAL MEVZUAT			
	ÇEVRESEL / ÇEVRE			
	SATIN ALMA			
	REKABET			
	SİVİL TOPLUM ÖRGÜTLERİ İLE İLİŞKİLER			

Kaynak: OMÜ Kalite Yönetim Sistemi, 2019.

EK 4: OMÜ Düzeltici Faaliyet Formu

 ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ DÜZELTİCİ FAALİYET FORMU	
Talep Eden Birim	
Tespit Kaynağı	
Geri Bildirim	
Uyarılama Türü	
Uygunsuzluk Tanımı	
Uygunsuzluğun Nedeni (Kök Neden Analizi ve Yayılma Potansiyeli)	
Uygulanması Planlanan Faaliyet	
Talep Edilen Bütçe	
Faaliyetin Sorumluları	
Görüşü Alınacak Birimler	
Tamamlanma Tarihi	

OLUŞTUR

Kaynak: OMÜ Kalite Yönetim Sistemi, 2019.

EK 5: OMÜ İyileştirici Faaliyet Formu

 ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ İYİLEŞTİRİCİ FAALİYET FORMU	
Talep Eden Birim	
Tespit Kaynağı	
Geri Bildirim	
Uyarılama Türü	
İyileştirme Tanımı	
Uygulanması Planlanan Faaliyet	
Talep Edilen Bütçe	
Faaliyetin Sorumluları	
Görüşü Alınacak Birimler	
Tamamlanma Tarihi	

OLUŞTUR

Kaynak: OMÜ Kalite Yönetim Sistemi, 2019.

EK 6: OMÜ Hasta Başvuruları Değerlendirme Formu

 T.C. ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Hasta ve Çalışan Odaklı Hizmetler HASTA BAŞVURULARI DEĞERLENDİRME FORMU TARİH: ... / ... /					
GÖRÜLEN UYGUNSUZLUK	YAPILACAK FAALİYET	KONTROL TARİHİ	FAALİYET ZAMAN ARALIĞI	İLGİLİ BİRİM / KİŞİ	SONUÇ

Kaynak: OMÜ SUVAM Halkla İlişkiler ve Hasta Hakları Birimi.

EK 7: OMÜ Geri Bildirim Formu



ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
GERİ BİLDİRİM FORMU

Geri Bildirim Türü : ☐ Şikayet ☐ Memnuniyet ☐ Öneri/İstek

Ad- Soyad : E-posta :
Cep Tel : İletceği Birim :
Paydaş Türü : ☐ Öğrenci ☐ Hasta ☐ Hasta Yakını ☐ Personel ☐ Diğer

Konu :

Açıklama:.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Not: Yapmış olduğunuz geri bildirimleriniz KALEM otomasyon sistemimizden ilgili birim/birimlere iletileceği için geri bildirimize ait çalışmalar 7 ila 15 gün arasında değişebilmektedir. Aciliyet gerektiren geri bildirimleriniz için lütfen <https://kalem.omu.edu.tr/tr/feedbacks/new> adresini ziyaret ediniz.

Kaynak: OMÜ Kalite Yönetim Sistemi, 2019.

EK 8: OMÜ Geri Bildirim Formu (Online)



ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
GERİ BİLDİRİM FORMU (ONLINE)

Geri Bildirim
**Geri Bildiriminizi <https://kalem.omu.edu.tr/tr/feedbacks/new> adresinden yapabilirsiniz.

Ad Soyad
E-Posta
Cep Telefonu
İletceği Birim

Geri Bildirim Türü
☐ Şikayet ☐ Memnuniyet ☐ Öneri/İstek

Paydaş Türü
☐ Öğrenci ☐ Hasta ☐ Hasta Yakını ☐ Personel ☐ Diğer

Konu

Açıklama

PPS.3.FR.0001, R2, Ocak 2020 Sayfa 1 / 1

Kaynak: OMÜ Kalite Yönetim Sistemi, 2019.

EK 9: OMÜ Dilek ve Öneri Formu

	T.C. ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ DİLEK VE ÖNERİ FORMU
<i>Görüşleriniz Bizim İçin Önemlidir...</i>	
Hastane Adı:	
Görüş ve önerileriniz size sunacağımız hizmetlerde bizim için yol gösterici olacaktır. Vereceğiniz adres ve telefon bilgileri gizli tutulacak ve sadece gerekirse sizi bilgilendirmek için kullanılacaktır. Bu bilgileri vermek zorunlu değildir. Değerli katkılarınız için teşekkür ederiz.	
Adınız Soyadınız	:
Telefon Numarası	:
Adres	:
İlgili Bölüm	:
Tarih / Saat	:
Konu:	
İletişim: 0 362 312 19 19 / 2312 hastane.omu.edu.tr	
PP.5.3.FR.0015, R0, Aralık 2019	
Sayfa 1 / 1	

EK 10: Dış Paydaş Memnuniyet Anketi



ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
DIŞ PAYDAŞ MEMNUNİYET ANKETİ

Kurumsal Tanınırlık ve İmaj

	1	2	3	4	5
Girişimci ve yenilikçi bir Üniversitedir.					
Çalışanları yeterli bilgi ve deneyime sahiptir.					
Kurumsal iletişimde sosyal medyayı ve diğer iletişim araçlarını etkin kullanan bir Üniversitedir.					
Bünyesinde yürütülen eğitim-öğretim ve araştırma-geliştirme faaliyetleri hakkında paydaşlarının görüşlerini dikkate alır.					
Bünyesinde yürütülen eğitim-öğretim ve araştırma-geliştirme faaliyetleri hakkında paydaşlarını bilgilendirir.					

Sosyal Sorumluluk ve Topluma Sunulan Hizmetler

	1	2	3	4	5
Üniversite toplumun ihtiyaçlarına yönelik yeterli sayıda sosyal sorumluluk projesi geliştirir.					
Geliştirilen sosyal sorumluluk projeleri genel olarak başarılıdır.					
Mesleki gelişime yönelik sunduğu eğitimler, kurslar ve sertifika faaliyetleri yeterlidir.					
Toplumsal gelişimi sağlayan eğitim faaliyetleri yeterlidir.					

Mezunların Yeterliliği

	1	2	3	4	5
Sektörel ihtiyaçlar dikkate alındığında mezunların mesleki bilgi düzeyleri yeterlidir.					
Mezunların akademik donanımı ve mesleki yeterliliği yüksektir.					
Mezunlar kurum kültürümüze uyum sağlayarak önemli katkılar sağlamaktadır.					
Mezunlar kalite ve iyileştirme kültürüne sahiptir.					
Ondokuz Mayıs Üniversitesi mezunlarıyla çalışmayı tercih ederim.					

Kurumla İşbirliği

	1	2	3	4	5
Üniversitenizde bölümlerin eğitim programları hazırlanırken görüş sunmak isterim.					
Üniversitenizde sektörel tecrübelerimi aktarmak üzere seminer/konferans vb. etkinliklere katılmak isterim.					
Üniversitenizde stratejik planların geliştirilmesine katkı vermek isterim.					
Üniversitenizde kalite kültürünü yaygınlaştırma faaliyetlerine katkı vermek isterim.					

Kaynak: OMÜ Kalite Yönetim Sistemi, 2019.

EK 11: Tedarikçi memnuniyet anketi



ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
TEDARİKÇİ MEMNUNİYET ANKETİ

	1	2	3	4	5
1. Satın alma sürecinde görevli personelin iletişim kurma becerileri yeterli düzeydedir.					
2. İhale dokümanlarına kolaylıkla ulaşırım.					
3. Birim web sayfasındaki bilgiler günceldir.					
4. Hak ediş ve ödemeler zamanında gerçekleştirilir.					
5. Ondokuz Mayıs Üniversitesi ile işbirliği içerisinde olmaktan mutluyum.					
6. Fırsat ve imkanlardan adil olarak yararlandığımı düşünüyorum.					
7. Sorunlarımıza karşı süreç sorumlularının çözüm üretebilme yeteneğini yeterli düzeydedir.					
8. Sürekli iyileştirme çalışmalarımız kapsamında eklemek istediğiniz görüş ve düşünceleriniz:					

1 Kesinlikle Katılmıyorum, 2 Katılmıyorum, 3 Kararsızım, 4 Katılıyorum, 5 Kesinlikle Katılıyorum

Kaynak: OMÜ Kalite Yönetim Sistemi, 2019.

EK 12: Ayaktan Hasta- Hasta Deneyimi Anket Formu



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
AYAKTAN HASTA – HASTA DENEYİMİ ANKET FORMU

Aşağıda yer alan ifadeler ile ilgili geri bildirimleriniz, sizlere daha kaliteli hizmet sunmayı hedefleyen hastanemiz için büyük önem taşımaktadır. Bu konuda göstermiş olduğunuz ilgi ve katılımınız nedeniyle şimdiden teşekkür eder, geçmiş olsun dileklerinizi iletiriz.

Not: Kişisel bilgileriniz ve ankette verdiğiniz bilgiler kesinlikle gizli tutulacaktır.

Başbekim

Yıl:

Başvurduğunuz Poliklinik:

Ankete Katılan: ()Hasta ()Hasta Yakını*

Kişisel Bilgileri:

Cinsiyetiniz: ()Kadın ()Erkek

Ait olduğunuz yaş kategorisini belirtiniz.

() 20'nin altında () 20-29 () 30-39 () 40-49 () 50-59 () 60 üstü

Eğitim durumunuzu belirtiniz.

() Okuryazar değil () Okuryazar () İlkokul () Ortaokul () Lise () Üniversite () Yüksek Lisans () Doktora

Sıra No	Anket Soruları	Tamamen Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
1	Hastaneye ulaşımında zorluk yaşamadım.					
2	Danışma ve yönlendirme hizmetleri yeterliydi.					
3	Hastane içinde ulaşmam gereken birimlere kolaylıkla ulaşabildim.					
4	Kayıt işlemleri için çok beklemedim.					
5	Muayene olacağım doktoru kendim seçtim.					
6	Bekleme alanının fiziki koşulları yeterliydi.					
7	Muayene olmak için beklediğim süre uygundu.					
8	Muayene odasının fiziki koşulları yeterliydi.					
9	Doktorumun bana ayırdığı süre yeterliydi.					
10	Tahlil ve tetkikler için verilen randevu süreleri uygundu.					
11	Tahlil ve tetkik sonuçlarımı belirtilen süre içerisinde aldım.					
12	Doktorum tarafından hastalığım ve tedavim ile ilgili yeterli bilgilendirme yapıldı.					
13	Muayene ve tetkikler sırasında kişisel mahremiyetime özen gösterildi.					
14	Hastane personelinin bana karşı davranışları nezaket kurallarına uygundu.					
15	Hastane genel olarak temizdi.					
16	Hastanenin sunmuş olduğu hizmetler beklentilerimi karşıladı.					
17	Bu hastaneden, hiç kimsenin yardımına ihtiyaç duymadan ve kolayca hizmet alabilirim.					
18	Bu hastaneyi aileme ve arkadaşlarıma tavsiye ederim.					
Varsa görüş ve önerileriniz.						

PP.5.3.FR.0013, R0, Aralık 2019

Sayfa 1 / 1

Kaynak: OMÜ Kalite Yönetim Sistemi, 2019.

EK 13: Yatan Hasta- Hasta Deneyimi Anket Formu

 T.C. ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ YATAN HASTA - HASTA DENEYİMİ ANKET FORMU						
Aşağıda yer alan ifadeler ile ilgili geri bildirimleriniz, sizlere daha kaliteli hizmet sunmayı hedefleyen hastanemiz için büyük önem taşımaktadır. Bu konuda göstermiş olduğunuz ilgi ve katılımınız nedeniyle şimdiden teşekkür eder, geçmiş olsun dileklerinizi iletiriz. Not: Kişisel bilgileriniz ve ankette verdiğiniz bilgiler kesinlikle gizli tutulacaktır. Başhekim						
Yıl:						
Yattığı Klinik:						
Ankete Katılan: ()Hasta ()Hasta Yakını*						
Kişisel Bilgiler:						
Cinsiyetiniz: ()Kadın ()Erkek						
Yatış Süresi : ()0-5 gün () 6-10 gün ()10 gün ve üzeri						
Ait olduğunuz yaş kategorisini belirtiniz.						
()20'nin altında ()20-29 ()30-39 ()40-49 ()50-59 () 60 üstü						
Eğitim durumunuzu belirtiniz.						
()Okuryazar değil ()Okuryazar ()İlkokul ()Ortaokul ()Lise ()Üniversite ()Yüksek Lisans ()Doktora						
Sıra No	Anket Soruları	Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
1	Hastaneye ulaşımında zorluk yaşamadım.					
2	Danışma ve yönlendirme hizmetleri yeterliydi.					
3	Muayene ve tetkikler sırasında kişisel mahremiyetime özen gösterildi.					
4	Hastanede yatış işlemleri için çok beklemedim.					
5	Doktorumun bana ayırdığı süre yeterliydi.					
6	Doktorum tarafından hastalığım ve tedavim ile ilgili yeterli bilgilendirme yapıldı.					
7	Hemşireler tarafından tedavi ve bakımım ile ilgili yeterli bilgilendirme yapıldı.					
8	İhtiyaç halinde sağlık personeline kolaylıkla ulaşabildim.					
9	Hastane personelinin bana karşı davranışları nezaket kurallarına uygundu.					
10	Hastane genel olarak temizdi.					
11	Odadaki eşyalar çalışır durumdaydı					
12	Yemek dağıtan personel temizlik kurallarına uygun davrandı (bone, eldiven, maske takması vb.).					
13	Hastaneden ayrılırken taburculuk sonrası süreç ile ilgili yeterli bilgilendirme yapıldı.					
14	Hastanenin sunmuş olduğu hizmetler beklentilerimi karşıladı.					
15	Bu hastaneyi aileme ve arkadaşlarıma tavsiye ederim.					
Varsa görüş ve önerileriniz.						

PP.5.3.FR.0017, R0, Aralık 2019

Sayfa 1 / 1

EK 14: Acil Servis Hasta Deneyimi Anket Formu



**T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
ACİL SERVİS HASTA DENEYİMİ ANKET FORMU**

Aşağıda yer alan ifadeler ile ilgili geri bildirimleriniz, sizlere daha kaliteli hizmet sunmayı hedefleyen hastanemiz için büyük önem taşımaktadır. Bu konuda göstermiş olduğunuz ilgi ve katılımınız nedeniyle şimdiden teşekkür eder, geçmiş olsun dileklerinizi iletiriz.

Not: Kişisel bilgileriniz ve ankette verdiğiniz bilgiler kesinlikle gizli tutulacaktır.

Başhekim

Yıl:

Acile Başvuru Şekli: ()Kendi imkanları ile ()Ambulans ile

Kişisel Bilgiler:

Cinsiyetiniz: ()Kadın ()Erkek

Ait olduğunuz yaş kategorisini belirtiniz.
 ()20'nin altında ()20-29 ()30-39 ()40-49 ()50-59 ()60 üstü

Eğitim durumunuzu belirtiniz.
 ()Okuryazar değil ()Okuryazar ()İlkokul ()Ortaokul ()Lise ()Üniversite ()Yüksek Lisans
 ()Doktora

Sıra No	Anket Soruları	Tamamen Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
1	Hastaneye ulaşımında zorluk yaşamadım.					
2	Danışma ve yönlendirme hizmetleri yeterliydi.					
3	Acil Servis içinde ulaşmam gereken birimlere kolaylıkla ulaşabildim.					
4	Kayıt işlemleri için çok beklemedim.					
5	Bekleme alanının fiziki koşulları yeterliydi.					
6	Muayene ve müdahale için beklediğim süre uygundu.					
7	Muayene olduğum alanın fiziki koşulları yeterliydi.					
8	Doktorumun bana ayırdığı süre yeterliydi.					
9	Muayene ve tetkikler sırasında kişisel mahremiyetime özen gösterildi.					
10	Tahlil ve tetkikler için verilen randevu süreleri uygundu.					
11	Tahlil ve tetkik sonuçlarımı belirtilen süre içerisinde aldım.					
12	Doktorum tarafından hastalığım ve tedavim ile ilgili yeterli bilgilendirme yapıldı.					
13	İhtiyaç halinde gerekli sağlık personeline kolaylıkla ulaştım.					
14	Acil servis personeli nezaket kurallarına uygun davrandı.					
15	Acil servis genel olarak temizdi.					
16	Acil servisin sunmuş olduğu hizmetler beklentilerimi karşıladı.					
17	Acil servisten ayrılırken taburculuk sonrası süreç ile ilgili yeterli bilgilendirme yapıldı.					
18	Bu acil servisi aileme ve arkadaşlarıma tavsiye ederim.					

Varsa görüş ve önerileriniz.

PP.5.3.FR.0012, R0, Aralık 2019 Sayfa 1 / 1

EK 15: Diyaliz Hizmetleri Hasta Deneyimi Anket Formu

 T.C. ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ DİYALİZ HİZMETLERİ HASTA DENEYİMİ ANKET FORMU						
Aşağıda yer alan ifadeler ile ilgili geri bildirimleriniz, sizlere daha kaliteli hizmet sunmayı hedefleyen sağlık kuruluşumuz için büyük önem taşımaktadır. Bu konuda göstermiş olduğunuz ilgi ve katılımınız nedeniyle şimdiden teşekkür eder, geçmiş olsun dileklerimizi iletiriz. Not: Kişisel bilgileriniz ve ankette verdiğiniz bilgiler kesinlikle gizli tutulacaktır. Başhekim						
Ankete Katılan: ()Hasta ()Hasta Yakını*						
Yıl:						
Kişisel Bilgiler:						
Cinsiyetiniz: ()Kadın ()Erkek						
Ait olduğunuz yaş kategorisini belirtiniz.						
()20'nin altında ()20-29 ()30-39 ()40-49 ()50-59 ()60 üstü						
Eğitim durumunuzu belirtiniz.						
()Okuryazar değil ()Okuryazar ()İlkokul ()Ortaokul ()Lise ()Üniversite ()Yüksek Lisans ()Doktora						
Sıra No	Anket Soruları	Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
1	Diyaliz merkezine ulaşımında zorluk yaşamadım.					
2	Diyaliz merkezine ulaşımımı sağlayacak bir araç tahsis edilir.					
3	Danışma ve yönlendirme hizmetleri yeterlidir.					
4	Bekleme alanının fiziki koşulları yeterlidir.					
5	Diyaliz makinesine bağlanmak için beklediğim süre uygundur.					
6	Diyaliz odasının fiziki koşulları yeterlidir.					
7	Doktorumun bana ayırdığı süre yeterlidir.					
8	Doktorum tarafından hastalığım ve diyaliz tedavisi süreci ile ilgili yeterli bilgilendirme yapılır.					
9	Organ ve doku nakli merkezlerine nasıl başvurabileceğim konusunda bilgilendirilirim.					
10	Diyaliz tedavisi sürecinde kişisel mahremiyetime özen gösterilir.					
11	Diyaliz merkezi personelinin bana karşı davranışları nezaket kurallarına uygundur.					
12	Diyaliz tedavim esnasında kendimi güvende hissediyorum.					
13	Diyaliz merkezi genel olarak temizdir.					
14	Diyaliz merkezinin sunmuş olduğu hizmetler beklentilerimi karşılar.					
15	Bu diyaliz merkezini sevdiklerime tavsiye ederim.					
Varsa görüş ve önerileriniz.						

PP.5.3.FR.0016, R0, Aralık 2019 Sayfa 1 / 1

EK 16: Çalışan Geri Bildirimi Anket Formu

		T.C. ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ ÇALIŞAN GERİ BİLDİRİMİ ANKET FORMU				
Aşağıda yer alan ifadeler ile ilgili geri bildirimleriniz, çalışma ortamı ve koşullarımız ile hizmet kalitemizi iyileştirmek için büyük önem taşımaktadır. Bu konuda göstermiş olduğunuz ilgi ve katılımınız nedeniyle şimdiden teşekkür ederiz.						
Not: Kişisel bilgileriniz ve ankette verdiğiniz bilgiler kesinlikle gizli tutulacaktır.						
		Başhekim				
Yıl:						
Kişisel Bilgiler						
Cinsiyetiniz: ()Kadın ()Erkek						
Ait olduğunuz yaş kategorisini belirtiniz.						
() 20'nin altında () 20-29 () 30-39 () 40-49 () 50-59 () 60 üstü						
Eğitim durumunuzu belirtiniz.						
() Okuryazar değil () Okuryazar () İlkokul () Ortaokul () Lise () Üniversite () Yüksek Lisans () Doktora						
Mesleği: () Sağlık Hizmetleri Sınıfı* () Yardımcı Sağlık Hizmetleri Sınıfı () İdari Hizmetler Sınıfı () Teknik Hizmetler Sınıfı						
Sağlık kuruluşunda çalıştığı süre: () 1-5 yıl () 5-15 yıl () 15-25 yıl () 25 yıldan fazla						
Çalıştığınız Bölüm**:						
Sıra No	Anket Soruları	Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
1	Aldığım eğitime uygun bir bölümde çalışıyorum.					
2	Çalışma ortamı ve koşulları ile ilgili yapılacak düzenlemelerde görüşüme başvurulur.					
3	Çalışma ortamım rahat çalışabileceğim biçimde düzenlenmiştir.					
4	Çalıştığım bölümde çalışan güvenliği ile ilgili tedbirler alınmıştır.					
5	Çalıştığım ortamda kendimi güvende hissedirim.					
6	Yönetim, çalışan güvenliği konusunda iyileştirme faaliyetleri yapmaktadır.					
7	Yönetim, çalışan güvenliği ile ilgili uygunsuzlukların giderilmesi için çalışanlar ile iş birliği yapmaktadır.					
8	Yöneticilere sorun, görüş ve önerilerimi iletme imkânı bulurum.					
9	Görev alanım ile ilgili görüş ve önerilerim dikkate alınır.					
10	İhtiyacım olduğunda izin alabilirim.					
11	Performansım hakkında geri bildirim alırım.					
12	İşimi en iyi şekilde yapabilmem için gerekli malzeme ve cihaz temin edilir.					
13	İşimde kendimi geliştirebilmem için eğitim fırsatları sunulur.					
14	Çalıştığım ortamda kendimi değerli hissedirim.					
15	Yönetim, çalışanların motivasyonu konusunda duyarlıdır.					
16	Son bir yıl içinde fiziksel şiddete maruz kalmadım.					
17	Son bir yıl içinde sözel şiddete maruz kalmadım.					

Kaynak: OMÜ Kalite Yönetim Sistemi, 2019.

EK 16 (Devamı): Çalışan Geri Bildirimi Anket Formu

		T.C. ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ ÇALIŞAN GERİ BİLDİRİMİ ANKET FORMU				
18	Son bir yıl içinde yönetici kaynaklı psikolojik şiddete (mobbing) maruz kalmadım.					
19	Son bir yıl içinde personel kaynaklı psikolojik şiddete (mobbing) maruz kalmadım.					
20	Çalıştığım sağlık kuruluşunu arkadaşlarıma çalışma ortamı olarak tavsiye ederim.					
21	Tedavi olabilmeleri için aileme ve arkadaşlarıma tavsiye ederim.					
Varsa görüş ve önerileriniz.						

Kaynak: OMÜ Kalite Yönetim Sistemi, 2019.

EK 17: Etik Kurul Kararı

Gönderen:



TC
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu



Sayı : 45428382-051.99-E.46552

22.04/2019

Konu : Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik
Kurulu Kararları Hk.

SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜNE

Üniversitemiz Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulunun 18.04.2019 tarihli toplantısında Yüksekokulunuz ile ilgili alınan karar ekte gönderilmiştir.
Bilgilerinizi ve söz konusu kararın ilgiliye tebliğ edilmesi hususunda gereğini arz ederim.

[e-imzalıdır]

Prof.Dr. Erkan PERŞEMBE
Etik Kurulu Başkanı

Ek: 2019-108

Adres:

Telefon: Faks:

Elektronik Ağ: <http://www.omu.edu.tr>

Tuğba ÇETİNKAYA

FRT/ENİ

tugbaetinkaya@omu.edu.tr

Dahili : 7238

5070 Elektronik İmza Kanunu'na uygun olarak Güvenli Elektronik İmza ile üretilmiştir.

EK 17 (Devamı): Etik Kurul Kararı

**T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL VE BEŞERİ BİLİMLER ETİK KURUL KARARLARI**

KARAR TARİHİ**18.04.2019****TOPLANTI SAYISI****4****KARAR SAYISI****2019 - 108**

KARAR NO:
2019 - 108

Üniversitemiz Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Öğr. Gör. Aysel ARSLAN'ın Gaziosmanpaşa Üniversitesi öğretim üyelerinden Prof. Dr. Çetin BEKTAŞ danışmanlığında "Sağlık Kurumlarında Toplam Kalite Yönetimi: OMÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Örneği" isimli doktora tezine ilişkin mülakat, gözlem ve OMÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi ilgili birimlerden elde edilecek nitel ve nicel verileri oluşturacak çalışmaları içeren 15914 sayılı dilekçesi okunarak görüşüldü.

Üniversitemiz Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Öğr. Gör. Aysel ARSLAN'ın Gaziosmanpaşa Üniversitesi öğretim üyelerinden Prof. Dr. Çetin BEKTAŞ danışmanlığında "Sağlık Kurumlarında Toplam Kalite Yönetimi: OMÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Örneği" isimli doktora tezine ilişkin mülakat, gözlem ve OMÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi ilgili birimlerden elde edilecek nitel ve nicel verileri oluşturacak çalışmaların kabulüne oy birliği ile karar verildi.

EK 18: OMÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi İzin Yazısı

TC
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi



Sayı : 15374210-804.01-E.10066
Konu : Dilekçeniz.

06/05/2019

SN. ÖĞR. GÖR. AYSEL ARSLAN

İlgi : 25/04/2019 tarihli dilekçeniz.

"Sağlık Kurumlarında Toplam Kalite Yönetimi: OMÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Örneği" başlıklı doktora tezi bilimsel çalışmanız için hastanemiz ilgili birimlerinden toplam kalite uygulamalarına yönelik nitel ve nicel verileri temin etme talebiniz uygun görülmüştür.
Bilgilerinize rica ederim.

e-imzalıdır

Prof. Dr. Ünsal ÖZGEN
Merkez Müdürü

Adres: Ondokuz Mayıs Üniversitesi 55139 Kurupelit - SAMSUN

Telefon: 0362 312 19 19 Faks: (362) 457 60 29

Elektronik Ağ: <http://www.omu.edu.tr>

Kep Adresi: omu@hs01.kep.tr

Engin KUYUMCU

engin.kuyumcu@omu.edu.tr

Dahili: 2327

5070 sayılı Elektronik İmza Kanunu'na uygun olarak Güvenli Elektronik İmza ile üretilmiştir.

Evrak tevdi <https://ebysorgu.omu.edu.tr> adresinden 84ÜZ-ZKMI-0E1A kodu ile yapılabilir.