



SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE YÖNETİMİ

Mustafa ÖZEN

Yüksek Lisans Tezi

Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Muharrem BAKKAL

2023

T.C.
TEKİRDAĞ NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE YÖNETİMİ

Mustafa ÖZEN

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN: Dr. Öğr. Üyesi Muharrem BAKKAL

TEKİRDAĞ-2023

Her hakkı saklıdır.

BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ

Hazırladığım Yüksek Lisans Tezinin bütün aşamalarında bilimsel etiğe ve akademik kurallara riayet ettiğimi, çalışmada doğrudan veya dolaylı olarak kullandığım her alıntıya kaynak gösterdiğimi ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, yazımda enstitü yazım kılavuzuna uygun davranıldığımı taahhüt ederim.

07 /07 / 2023

Mustafa ÖZEN



ÖZET

Kurum, Enstitü, : Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü
ABD : Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı
Tez Başlığı : Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi
Tez Yazarı : Mustafa ÖZEN
Tez Danışmanı : Dr. Öğr. Üyesi Muharrem BAKKAL
Tez Türü, Yılı : Yüksek Lisans Tezi, 2023
Sayfa Sayısı : 121

Çalışmanın amacı, sağlık kurumlarında hizmet kalitesini oluşturan unsurların hizmet alanlar arasında yapılan anket sonuçlarına göre belirlenmesidir. Genel kanı kalitenin "müşterilerin ihtiyaç ve isteklerinin karşılanması" olarak tanımlandığı yönündedir ve kaliteyi oluşturan unsurların ancak bu tanım doğrultusunda müşteriler tarafından tam olarak tanımlanabileceği açıktır. Bu doğrultuda, çalışmada bakımı doğrudan değerlendiren kişilerden toplanan verilerle, bakım kalitesi olarak neyin kabul edildiği tanımlanmaya çalışılmıştır. Çalışma, doğrudan tıbbi hizmet alan kişilerin kendi söylemlerinden hareketle tıbbi bakım kalitesini oluşturan unsurları belirlemeyi amaçlamaktadır. Bu bağlamda nitel bir analiz yöntemi olan derinlemesine görüşme yöntemi kullanılmış ve yarı yapılandırılmış görüşme sorularından yararlanılmıştır. Görüşme verileri literatürdeki hizmet kalitesi ölçümlerine göre sınıflandırılmıştır. Sınıflandırmada hizmet kalitesinin değerlendirilmesinde yaygın olarak kullanılan ServQual ölçeğinin beş boyutuna ek olarak "bilgi" ve "bakım kalitesi" boyutları değerlendirilmektedir.

Görüşmeler Tekirdağ ilinde 93 kişi ile gerçekleştirilmiş ve katılımcılar bu illerde yaşayanlar arasından rastgele seçilmiştir. Görüşmelerde verilen açıklamalar en uygun niteliksel parametreye göre sınıflandırılmaya çalışılmıştır. Tüm ifadeler, teknik servislerin kalitesi, zenginliği, güvenilirliği, duyarlılığı, güveni, empatisi ve bilgisine göre sınıflandırılabilir. Mevcut kalite parametrelerinin tüm ifadelerin mevcut parametreler içerisinde sınıflandırılması açısından hizmet kalitesinin belirlenmesinde önemli bir açıklayıcı güce sahip olduğu görülmektedir. Ancak ServQual ölçeğindeki ifadeler ile katılımcıların ifadeleri karşılaştırıldığında, sağlık hizmetlerinin kalitesini değerlendirme açısından yetersiz oldukları açıktır.

Hizmet kalitesinin değerlendirilmesinde en önemli konulardan biri, katılımcıların sürece ve dolayısıyla kaliteye olan etkisidir. Hizmet sürecindeki diğer katılımcıların sayısı ve davranışları tüm kalite parametrelerini etkiler. Kalite parametreleri arasındaki ilişkiler değerlendirmeyi zorlaştırır. Ayrıca katılımcı ifadelerin aynı anda farklı

boyutları kapsaması sınıflandırma işlemlerini zorlaştırmaktadır. Hijyen, terminler, personel, personel ve donanımın nicelik ve çeşitlilik açısından yeterliliği, katılımcıların büyük çoğunluğu tarafından belirtilen diğer tüm kalite parametrelerini etkileyen faktörler olarak dikkat çekmektedir. Çalışma sonucunda hizmet verimliliğini artıran kalite parametreleri aracılığıyla hizmet kalitesi algısının ölçülebildiği, müşterilerin kalite parametrelerine büyük önem verdiği ve beklentilerini etkileyen en önemli kalite parametresinin güvenilirlik olduğu tespit edilmiştir. . En az dokunan boyut bilgidir. Hastaların hizmet kalitesi algılarının aynı hastaneye tekrar gelme ve arkadaşlarına tavsiye etme tercihlerini doğrudan etkilediği görülmüştür.



Anahtar Kelimeler: Sağlık hizmetleri Kalitesi, SERVQUAL Ölçeği.

ABSTRACT

Institution, Institute : Tekirdağ Namık Kemal University, Institute of Social Sciences,
Department : Department of Health Management
Thesis Title : Quality Management in Healthcare
Thesis Author : Mustafa ÖZEN
Thesis Adviser : Dr. Öğr. Üyesi Muharrem BAKKAL
Type of Thesis, Year : MS Thesis, 2023
Total Number of : 121
Pages

The purpose of this study is to specify the parameters that make up the quality of service in health institutions according to the results of the survey conducted among the service users. The general opinion is that quality is defined as "meeting the needs and wishes of customers" and it is clear that the elements that make up the quality can only be fully defined by the customers in line with this definition. In this direction, it has been tried to define what is considered as the quality of care with the data collected from the people who directly evaluate the care in the study. The study aims to decide on the factors that are important on making up the quality of medical care based on the statements of the people who receive medical services directly. In this context, in-depth interview method, which is a qualitative analysis method, was used and semi-structured interview questions were used. Interview data were classified according to service quality measurements in the literature. In addition to the five dimensions of the ServQual scale, which is widely used in the assessment of service quality in classification, the dimensions of "knowledge" and "quality of care" are evaluated.

Interviews in Tekirdağ province with 93 people and the participants were randomly selected from among those living in these provinces. The explanations given in the interviews were tried to be classified according to the most appropriate qualitative parameter. All expressions can be classified according to the quality, wealth, reliability, sensitivity, trust, empathy and knowledge of technical services. It is seen that the existing quality parameters have an important explanatory power in determining the service quality in terms of classifying all expressions within the existing parameters. However, when the statements in the ServQual scale are compared with the statements of the participants, it is clear that they are insufficient in terms of evaluating the quality of health services.

One of the most important issues in the evaluation of service quality is the effect of participants on the process and therefore on quality. The number and behavior of other participants in the service process affect all quality parameters. Relationships between quality parameters make evaluation difficult. In addition, the fact that participatory expressions cover different dimensions at the same time makes classification processes difficult. Hygiene, deadlines, adequacy of personnel, personnel and equipment in terms of quantity and variety draw attention as factors affecting all other quality parameters stated by the majority of the participants. As a result of this study, it has been figured out that the sensation of the service quality can be measured through quality parameters that increase service efficiency, customers attach great importance to quality parameters and the most important quality parameter affecting their expectations is reliability. The least touching dimension is information. It has been observed that the service quality perceptions of the patients directly affect the preferences of returning to the same hospital and recommending it to their friends.

Keywords: Quality of health services, SERVQUAL Scale.

ÖNSÖZ

Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi yüksek lisans tez çalışmamda yardımcı olan Tez Danışmanım Dr.Öğr.Üyesi Muharrem BAKKAL' a teşekkür eder saygılarımı sunarım.

“Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi” adlı yüksek lisans tez çalışması ile elde edilen bulguların, sonuçların ve getirilen önerilerin sağlık sektöründe faaliyet gösteren işletmeler için yol gösterici olmasını dilerim.



İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ.....	ii
TEZ ONAY SAYFASI.....	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	vi
ÖNSÖZ	viii
İÇİNDEKİLER.....	ix
TABLOLAR LİSTESİ.....	xiii
ŞEKİLLER LİSTESİ	xiv
KISALTMALAR LİSTESİ.....	xv
GİRİŞ	1
1. HİZMET KAVRAMI.....	3
1.1. Hizmet Kavramı ve Sağlık Hizmetleri	3
1.1.1. Hizmet Kavramı	3
1.1.2. Hizmetin Tanımı.....	3
1.1.3. Hizmetin Genel Özellikleri	4
1.1.4. Hizmetin Sınıflandırılması.....	6
1.2. Sağlık Hizmetleri Kavramı	10
1.2.1. Sağlığın Tanımı	10
1.2.2. Sağlık Hizmetlerinin Tanımı.....	11
1.2.3. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri	12
1.2.4. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması.....	14
1.2.5. Hastane Hizmetleri	17

2. TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ.....	23
2.1. Kalite Kavramı ve Tanımı	23
2.2. Kalite Yönetiminin Tarihsel Gelişimi	24
2.3. Toplam Kalite Yönetimi Tanımı ve Felsefesi.....	26
2.4. Toplam Kalite Yönetiminin Temel İlkeleri	29
2.5. Toplam Kalite Yönetiminin Yararları, İşlevi.....	33
2.6. Toplam Kalite Yönetimi ile Klasik Yönetim Anlayışının Karşılaştırılması ...	35
3. SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE YÖNETİMİ.....	38
3.1. Sağlık Kurumlarında Kalite	38
3.2. Sağlık Kurumlarında Toplam Kalite Yönetiminin Tarihsel Gelişimi	40
3.3. Sağlık Kurumları Odaklı Toplam Kalite Yönetimi İlkeleri.....	44
3.3.1. Hasta Odaklılık.....	45
3.3.2. Hataları Önleyici Yaklaşım.....	46
3.3.3. Tam Katılım ve Takım Çalışması	47
3.3.4. Sağlık Hizmetini Sürekli Geliştirme	48
3.3.5. Üst Yönetimin Liderliği.....	49
3.3.6. Sağlık ve İdari Personelin Eğitimi.....	50
3.3.7. Tanı ve Tedavide Sıfır Hatayı Hedeflemek	52
3.4. Toplam Kalite Yönetimi Öncüleri ve Sağlık Kurumları Odaklı Bakış	53
3.4.1. Frederick W. Taylor'un Kalite Felsefesi	53
3.4.2. Walter A. Shewhart'ın Kalite Felsefesi	55
3.4.3. Joseph M. Juran'ın Kalite Felsefesi.....	55
3.4.4. Philip B. Crosby'nin Kalite Felsefesi	58
3.4.5. Armand V. Feigenbaum'un Kalite Felsefesi.....	60
3.4.6. F. Genichi Taguchi'nin Kalite Felsefesi	61

3.4.7. Masaaki Imai'nin Kalite Felsefesi.....	63
3.4.8. Kaoru Ishikawa'nın Kalite Felsefesi	64
3.4.9. William Edwards Deming'in Kalite Felsefesi	66
3.4.10. Yoji Akao'nun Kalite Felsefesi	70
3.5. Sağlık Kurumlarında Uygulanan Uluslararası Kalite Ödülleri.....	71
3.5.1. Malcolm Baldrige Ulusal Kalite Ödülü (MBNQA)	72
3.5.2. Deming Ödülü	74
3.5.3. EFQM Avrupa Kalite Ödülü	76
3.6. Sağlık Kurumlarında Uygulanan Kalite Güvence Sistemleri	77
3.6.1. Uluslararası Standart Organizasyonu (ISO) ve Türk Standartları Enstitüsü (TSE)	79
3.6.2. ISO 9000 Kalite Standartları Serisi	80
3.6.3. EN 45000 Akreditasyon Standartları.....	83
3.6.4. HACCP Gıda Güvenliği Yönetim Sistemi Belgesi.....	83
3.6.5. ISO 22000: 2005 Gıda Güvenliği Yönetimi Sistemleri Belgesi	84
4.HASTANELERDE HİZMET KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİNE YÖNELİK BİR ARAŞTIRMA	85
4.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi	85
4.2. Araştırmanın Kısıtları.....	85
4.3. Araştırmanın Ana Kütlesi ve Örneklemi.....	86
4.4. Veri Toplama Aracı ve Yöntem.....	89
4.5. Araştırmanın Bulguları ve Tartışma.....	89
4.5.1. Teknik Hizmet Kalitesi.....	90
4.5.2. Somutlar Unsurlar	91
4.5.3. Güvenilirlik	93

4.5.4. Duyarlılık	97
4.5.5. Gfvence	99
4.5.6. Empati.....	102
4.5.7. Bilgilendirme.....	103
SONUÇ	106
KAYNAKÇA	111



TABLolar LİSTESİ

	<u>Sayfa</u>
Tablo 1.1: Hizmetin Yapısına Göre Sınıflandırılması	8
Tablo 1.2: Hizmet İşletmelerinin Müşterisiyle Olan İlişkisinin Türüne Göre Sınıflandırılması	9
Tablo 1.3: Hizmet işletmesinin esnekliğine göre sınıflandırılması	10
Tablo 1.4: Yıllara ve Sektörlere Göre Yatan Hasta Sayısı	19
Tablo 1.5: Yıllara ve Sektörlere Göre Hastanelerde Yatılan Gün Sayısı	20
Tablo 1.6: Dallara Göre Hastane ve Yatak Sayıları, 2018	22
Tablo 2.1: Sağlık Kurumlarının İç ve Dış Müşterileri	30
Tablo 2.2: Toplam Kalite Yönetimi ile Klasik Yöntem Anlayışının Karşılaştırılması	35
Tablo 3.1: Sağlık Kurumlarında Alınması Gereken Eğitim	51
Tablo 4.1: Çalışmanın Örnekleminde Katılımcıların Listesi	86
Tablo 4.2: Katılımcıların Demografik Bulguları	88

ŞEKİLLER LİSTESİ

Sayfa

Şekil 1.1: Sağlık Bakanlığına Bağlı Kamu ve Özel Hastaneler	19
Şekil 2.1: Çalışanlar, Yöneticiler ve Hastaların İş Birliğini Gerektiren Toplam Kalite Yönetimi Modelinin Şematik Gösterimi	28
Şekil 2.2: Planla, Uygula, Kontrol Et, Önlem Al Döngüsü	33
Şekil 3.1: Kalitenin Tarihsel Gelişimi	44
Şekil 3.2: Juran'ın Kalite Felsefesi	56
Şekil 3.3: Kalite Kayıp Fonksiyonu	62
Şekil 3.4: Balık Kılıcı Diyagramı	65
Şekil 3.5: Deming Döngüsü	68
Şekil 3.6: Kalite Evinin Temel Kısımları	71
Şekil 3.7: Malcolm Baldrige Ödül Kriterleri ve Değerleri	73
Şekil 3.8. Deming Ödülü Temel Kriterleri ve Değerleri	75
Şekil 3.9: EFQM Mükemmellik Modeli	77

KISALTMALAR LİSTESİ

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

TKY : Toplam Kalite Yönetimi

ABD : Amerika Birleşik Devletleri

M.Ö. : Milattan Önce

NATO : Kuzey Atlantik Paktı Örgütü

TSE : Türk Standartları Enstitüsü

GİRİŞ

Son yıllarda dünyada ve ülkemizde sağlık işletmelerinde artan rekabet ve teknolojik gelişmeler, sağlık hizmetlerinde hizmet kalitesinin iyileştirilmesini zorunlu kılmaktadır. Kaliteli hizmet anlayışını benimseyen işletmeler, rakiplerine göre farklı stratejiler geliştirmekte ve rekabet ortamında fark yaratacak yetenekler geliştirmektedir. İşletmeler, müşteri ihtiyaçlarının belirlenmesi ve memnuniyetinin esas alındığı müşteri odaklılık ilkesine göre hareket etmektedir.

Hizmet, tüketici ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla ortaya çıkan ve sunulduğu anda tüketilen soyut ve heterojen bir üründür. Bu nedenle sınırları tam olarak çizilemeyen farklı alanlarda aynı hizmetin verilemeyeceğini gören işletmeler, yönetim stratejisi ve pazarlama faaliyetlerinde uygun stratejiler belirleyerek hizmetleri sınıflandırmışlardır. Sağlık hizmetleri, diğer hizmetlerden farklı olarak, toplumun ve bireylerin sağlığını korumak ve geliştirmek, hastalıkları önlemek, hastalara erken tanı koyarak tedavi etmek, sakatlıkları önlemek ve insanların kaliteli bir yaşam sürmeleri için sunulan hayati hizmetlerdir. Yeterli hizmet sağlanmadığı takdirde sosyal sorunlar ortaya çıkabilir. Son yıllarda sağlık sektöründe hizmetin her alanda beklentileri karşılamaya yönelik olması çabaları ve kalite kavramını önemli hale getirmiştir. Kalite anlayışı, hizmete ulaşılabilirliği, eşitliği, dinamik olmayı ve zaman içinde gelişmeyi, değişim ve dönüşümleri göstermekte, müşteri ihtiyaç ve beklentilerini maksimum düzeyde karşılamayı hedeflemektedir. Sağlık hizmetlerinde kalite, hizmet sunum sürecinde hastalara uygun tanı ve tedavi, tıbbi bakım ve tedavinin uluslararası standartlarda sağlanması ve hizmet süreci boyunca ihtiyaç ve beklentileri karşılayacak şekilde hizmet verilmesidir. Birçok alanda olduğu gibi, daha düşük maliyet ile daha yüksek kalite seviyesinde hizmet almak sağlık hizmetlerinde de beklenir. Bu amaçla sağlık hizmeti veren kurumlar arasında kaliteli hizmet verebilmek için tıp alanındaki gelişmeler takip edilmektedir.

Dünyada ve ülkemizde sağlık hizmetlerinin kalite süreci anlatılmış olup, sağlık hizmet kalitesi ölçüm modeli olan ServQual modeli açıklanmıştır. ServQual hizmet kalitesi ölçüm modeli, tüm hizmet sektörleri için fonksiyonel hizmet kalitesi boyutları üzerinden beklenen ve algılanan hizmet kalitesini anket yöntemi kullanılarak ölçen bir yöntemdir. ServQual modelinden faydalanılarak hazırlanan birçok çalışmada

bu modelin kalite boyutları tanımlarını kullanmıştır. Genel hizmet kalitesinde fonksiyonel hizmet kalitesinin yanı sıra hizmete özgü unsurları da dikkate alan teknik hizmet kalitesi ve bilgilendirme boyutları önem arz etmektedir. Bu çalışmada sağlık hizmetlerinde hasta beklenti ve algılarını ölçmek için, nitel analiz tekniği olan, derinlemesine mülakat yöntemi kullanılmış, yarı yapılandırılmış mülakat sorularından faydalanılmıştır.

Hizmet alanların aldıkları hizmet kalitesini değerlendirirken nelere dikkat ettikleri araştırılmış, bu etmenler var olan hizmet kalitesi literatürü kapsamında sınıflandırılmaya çalışılmıştır. Belirtilen ifadeler Parasuraman, Berry, ve Zeithaml (1985: 41-50) tarafından sunulan beş hizmet kalitesi boyutuna ek olarak bilgilendirme boyutu ve Grootenbos'un teknik hizmet kalitesine göre 7 boyut altında değerlendirilmiştir.

1. HİZMET KAVRAMI

1.1. Hizmet Kavramı ve Sağlık Hizmetleri

1.1.1. Hizmet Kavramı

Hizmet, tüketici ihtiyaçlarının giderilmesi amacıyla ortaya çıkan, zaman, yer, biçim ve psikolojik yarar sağlayan faaliyetleri içeren soyut bir kavramdır (Devebakan ve Aksaraylı, 2003: 38-54). Hizmet kavramı; soyut ve değişken bir kavram olduğu için, hizmetin sadece müşteriler tarafından deneyimlenen faaliyetler olarak algılanmasına neden olmuştur. Bu özellik müşteriler ve işletmeler açısından somut soyutluk ve zihinsel soyutluk olmak üzere iki farklı şekilde açıklanmıştır. Hizmetin elle tutulamıyor olması somut soyutluk ile açıklanırken, hizmet çıktısının tahmininin güçlüğü, zihinsel soyutluk ile açıklanmıştır. Hizmetin zihinsel soyut yapısı değerlendirme sürecinde yaşanan güçlüklerle kendini gösterir. Bu nedenle hizmetin değerlendirilmesinde tüketici tatmini ve yararı ön plandadır. İşletmeler tüketici beklentilerinin karşılanmasında hizmet kalitesinin önemini kavramışlardır (Sureshchandar, Rajendran, ve Kamalanabhan, 2001: 111-124).

1.1.2. Hizmetin Tanımı

Hizmet, tüketicinin soyut ihtiyaçlarını karşılamak için ortaya çıkan bir üründür (Kuriloff, Hemphill, ve Cloud, 1993: 719). Hizmetin ortaya çıkarıldığı yerde harcanan bir iş eylemi, performans, sosyal olay veya çabadır (Uyguç, 1998). Kotler ve Gary'ye (2004) göre hizmet, bir tarafça diğerine sunulan, esasen soyut olan ve herhangi bir şeyin mülkiyeti ile sonuçlanmayan bir faaliyet veya faydadır. Üretimi, fiziksel ürüne bağlı olabilir veya olmayabilir.

Tek (1999), hizmetin satışa sunulan faaliyetler ve fayda tatmini olarak görüldüğünü belirtmiştir. Grönroos'e (2008: 298-314) göre soyut bir kavram hizmetin, müşteri ile hizmet sağlayıcısının, fiziksel mallar ve diğer fiziksel kaynaklar, sistemler veya alt yapılar gibi etmenler arasındaki etkileşim anında oluşan müşteri sorunlarına yönelik çözüm olarak sunulan faaliyet sürecidir. Ayrıca hizmetin interaktif rolü üzerinde vurgu yapmış, bu etkileşimin hizmet sağlanan ile hizmeti veren arasında olabileceği gibi, hizmet verildiği yerdeki fiziksel kaynak ya da mallar arasında da

olabileceğini belirtmiştir. Buna göre sağlık hizmeti sunan doktor ile hizmeti alan hasta yani müşteri arasındaki iletişim kadar, hizmet sırasında orada bulunan fiziksel eşyalarla da etkileşimi önemlidir (Öztürk, 2019: 244). Hizmetin bir tek tanımı olmayıp farklı anlamlar içerdiği gibi, kendine özgü nitelikler taşıdığı görülmektedir. Hizmetler; sunulduğu anda tüketilmekte, tekrarlanabilir ve dinamik bir yapıya sahip olup fiziksel ürünler ya da fiziksel objelerin boyutları anlamında ölçülememektedir. Zamanla ilgili faaliyetler dizisinden oluşan hizmetin süresini, hizmetlerin oluşturulması ve sunulması süreci belirlemektedir. Belli bir anda başlayıp ve belli bir anda bittiği, insan davranışı ile yönlendirilen bir dizi faaliyetten oluştuğu bilinmektedir. Emeğin önde olduğu hizmet sunumunda insan faktörü çok önemli olup, Emeğin önde olduğu nitelikli iş gören ve uzman kişiler tarafından hizmet verilmektedir (Sayım ve Aydın, 2011: 246).

1.1.3. Hizmetin Genel Özellikleri

Hizmetin Soyut Olma Özelliği

Hizmetin mal ile arasındaki temel farklılık, soyut olması ve malın aksine fiziksel varlığının olmaması, dokunulamamasıdır. Hizmetin soyutluğu duyu organları aracılığıyla algılanamamasını ifade etmektedir. Hizmetin soyutluk özelliği; iki farklı özellikte açıklanmaktadır. Somut soyutluk ve zihinsel soyutluktur. Hizmetin tam olarak elle tutulamıyor olması veya tadılamıyor olması somut soyutluk olarak açıklanmıştır. Hizmet çıktısının tam olarak tahmin edilemiyor olması ise zihinsel soyutluk olarak açıklanmıştır (Sureshchandar, Rajendran, ve Kamalanabhan, 2001: 111-124; Redman ve Mathews, 1998).

Hizmetin soyut özelliği müşteriler üzerinde değerlendirme sürecinin zorlaştırmaktadır. Soyutluk hizmet sağlayıcısının müşteriye sunduğu hizmet teklifine ilişkin değerlendirme sürecinde iletişim sorunları yaşanmasına sebep olmaktadır. Tüketici hizmeti tam olarak alıncaya kadar belirsizlik nedeniyle sağlıklı değerlendirme yapamamaktadır ve bu nedenle risk oranı artmaktadır. Sonuç olarak bu özellik, hizmet kalitesi kavramını ürünün fiziksel kalitesinden daha belirsiz hale getirmektedir. Bu durumda işletmeler müşterinin karşı karşıya kaldığı belirsizliği ortadan kaldırmak için somut kanıtlar sunmaya çalışırlar (Redman ve Mathews, 1998: 57-77)

Örneğin bir terzinin dıkeceği elbisenin modelini çizmesi ya da göstermesi gibi. Eğer fiziksel kanıtlar ileri sürülmemiş ise; müşteri kendi deneyimlerine veya hizmet kalitesini fiyatı ile değerlendirmektedir. İşletmelerin ağızdan ağıza iletişimi güçlendirecek faaliyetlere önem vererek hizmet kalitesini artırma çabası buna yöneliktir (Palmer, 1998: 340; Dörtyol, 2014: 238).

Ayrılmazlık Özelliği

Hizmetin bir diğer özelliği de eş zamanlı üretim ve tüketimdir. Üretim sonucunda birçok ürün depolanmakta ve daha sonra tüketilmektedir. Hizmet ise üretildiği an tüketilmektedir. Hizmetin üretim ile satışı arasında eş güdümlü bir ilişki vardır. Bu nedenle hizmet verilirken müşteri sunum sürecine katılarak tecrübeleriyle hizmeti etkilemektedir. Bu durum, üretici ve satıcının aynı kişi olmasından ve hizmeti veren kişinin, üretim sürecinde bulunmasından, sürecin bir parçası olmasından kaynaklanmaktadır. Aynı zaman da hizmeti satın alan müşteri ile hizmeti sağlayan arasında iletişimin önemi hizmet kalitesini doğrudan etkilemektedir. Örneğin; bir sağlık hizmeti sunan doktorun hastasına yaklaşımı hizmet kalitesini pozitif ya da negatif şekilde etkisi olmaktadır. Eğitim, bankacılık, kuaförlük, ulaşım gibi sektörlerde, müşteri üretim sürecine katılarak, verilen hizmeti direkt etkilemektedir (Sayım ve Aydın, 2011; Murdick ve Roberta, 1990: 596).

Dayanısızlık Özelliği (Stoklanamama)

Hizmet; performansı ifade etmeleri nedeniyle mallardan farklı olarak sonradan kullanım için, stoklanamaz, depolanamaz, iade edilemez (Özğüven, 2008: 651-682). Kullanılmayan ve stoklanamayan hizmet, talebin değişmesiyle beraber satış ve pazarlamada kapasiteyi planlamayı zorlaştırmaktadır. Hizmete olan talep anlık ya da günlük bile değişim gösterebilir. Kullanımın ne kadar olacağını kestirmek zordur. Fazla kapasite talebin az olmasında boş kullanılan kapasitedir. Az olması durumunda talep karşılanamamaktadır (Doyle, 1998: 360). Boş kalan otel odaları, boş otobüs koltukları ve satılmayan tiyatro biletleri buna örnek olarak gösterilebilir.

Heterojenlik Özelliği (Değişkenlik)

Hizmet performans gerektiren bir durumdur. Kişinin her zaman aynı kalitede hizmet verebilmesi oldukça güçtür. Fiziksel ve psikolojik faktörler performansı direkt

etkilemektedir. Hizmeti sunanların davranışları, müşterinin hizmet kalitesi algısını etkileyerek, değiştirecektir. Benzer şekilde, hizmetin heterojenliği nedeniyle aynı hizmeti yeniden üretmek çok zordur. Heterojenlik, hizmet kalitesindeki değişkenliktir. Bu durum doğrudan hizmetin ayrılmazlık özelliği ile ilgilidir. Üretim ve tüketimin ayrılmaz bir bütün olması hizmet sunumunda farklılıklara yol açmıştır.

Örneğin yakın mesafedeki iki hastane ya da banka arasında hizmet farkı olabileceği gibi, aynı çalışanın da farklı günlerdeki performansı değişebilmektedir (Mudie ve Pirrie, 2006: 280; Ghobadian, Speller ve Jones, 1994:43-66). Üretim ve tüketim sürecinin bir olması, müşterinin üretim sürecinde bulunması, hizmet sunumunun standartlaşmasının önüne geçmektedir (Songur, 2009: 12). Bu durum fiziksel mal ile hizmet arasındaki temel farktır. Hizmet mamul üretimindeki gibi tekil bir standarta oturtulamaz. Hizmetin her birimi diğerinden farklıdır (Öztek, 1997: 9).

Sahip Olunamamak Özelliği (Mülkiyetin Olmaması)

Hizmetin soyut ve de dayanıksız olması, hizmette mülkiyet kavramının ortadan kalkmasına yol açmaktadır. Bu durum mal ile hizmet arasındaki farklardan biridir. Bir malı satın alan, mülkiyetini de aldığı için istediğini yapabilmektedir. Hizmetlerde ise, mülkiyeti alamamakta ve mülkiyet devri de gerçekleştirilememektedir. Müşteriler sadece kullanım hakkını alarak, tecrübe edinirler ve yarar sağlarlar (Gupta ve Chen, 1995: 28-35).

1.1.4. Hizmetin Sınıflandırılması

Hizmetin soyut ve kapsamının geniş bir alana yayılmış olması nedeniyle tek bir tanımı olmadığı gibi sınıflandırılmasın da birçok farklı görüşler bulunmaktadır. Farklı alanlarda aynı hizmetin verilemediği, farklı özellikler gösterdiği anlaşılmaktadır. O nedenle bütün hizmetlerin aynı özellikte olması imkânsızdır. Sınırları tam anlamıyla çizilememektedir. Sorunların çözümüne yönelik gruplamalarda hizmetin alt gruplarını incelemek gerekmektedir (Ardıç, 1998: 14). İşletmeler yönetim stratejisi ve pazarlama faaliyetlerinde uygun stratejiler belirlemek için hizmet sınıflandırılmasından faydalanmaktadırlar. Lovelock ve Lauren (2002: 436), Hizmetlerin gruplandırılabilmesini ve buna göre, pazarlama stratejileri

geliştirilebileceğini savunmuşlardır. Hizmetin somut özelliklerinin değerlendirme kolaylığı sağladığını belirtmişlerdir. Bütün sınıflandırmaların içinde bulunduğu genel bir sınıflama aşağıda yapılmıştır.

Pazarlanabilir Hizmetler Ve Pazarlanamayan Hizmetler

Hizmetlerin pazarlanabilir ve pazarlanamaz olması ekonomik, politik ve sosyal nedenlerle farklılık gösterebilmektedir. Devletin verdiği kamu hizmetleri pazarlanamayan hizmetlerdir. Örneğin yaya geçidinden ücret vermeden geçmek gibi. Ancak son yıllarda şehirlerarası otoyol geçişlerinden alınan ücretler bu ayrımın çok net olmadığını göstermektedir. Aynı evi paylaşan kişilerin kendi aralarında verilen hizmetler de pazarlanamayan hizmetler olarak kabul edilmektedir. Evde bebek bakımı temizlik, yemek pişirmek örnek verilebilir. Ticari olarak yapılan hizmetler ise pazarlanabilir hizmetlerdir (Öztürk, 2019: 244; Kıracı, 2019: 111).

Üretici ve Tüketici Hizmetleri

Tüketici hizmetleri, bir kişinin menfaat talebine yanıt olarak aldığı hizmetlerdir. Üretici hizmetleri; ekonomik bir fayda karşılığında bir şeyler üreten bir hizmettir. Üretici hizmetleri iki farklı grupta değerlendirmek mümkündür. Birinci grupta bir ürünün satışı ve sonrasında verilen teknik ve destek hizmetleri, beyaz eşya satışı, otomobil satışları ve sonrasında verilen hizmetlerdir. İkinci grup ise herhangi fiziksel ürün satışı olmadan verilen bankacılık, sigortacılık, seyahat hizmetleri, muhasebe vb. hizmetlerdir (Süzer, 2006: 256-258).

Hizmetin Yapısına Göre Hizmetler

Hizmetin maddi ve maddi olmayan hizmetler olarak görülmesi farklı bir sınıflandırma Yapılmasını Gerektirmiştir. Tablo 1.1'de Hizmetin Yapısına Göre Sınıflandırılması verilmiştir.

Tablo 1.1: Hizmetin Yapısına Göre Sınıflandırılması

Hizmetin yapısı	Hizmeti Doğrudan Elde Eden Kim ya da Ne	
	İnsan	Nesne
Dokunulabilir Hareketler	1. İnsanların Vücuduna Yöneltilen Hizmetler Sağlık Güzellik Salonları Restoran Yolcu Taşıma Saç Kesimi Spor Salonları	2. Mal ya da Diğer Fiziksel Nesnelere Yöneltilen Hizmetler Mal Taşıma Kuru Temizleme Kapıcılık Hizmetleri Veterinerlik Endüstriyel Makine bakımı, tamiri Peyzaj Mimarlığı
Dokunulmaz Hareketler	İnsanların Zihinlerine Yöneltilen Hizmetler Eğitim Tiyatro Müze Yayımcılık Enformasyon hizmetleri	Dokunulmayan Aktiflere Yöneltilen Hizmetler Bankacılık Sigortacılık Muhasebecilik Hukuki hizmetler

Kaynak: Lovelock, 1984: 51; Aktaran: Şarbak, 2009

Hizmet pazarlayan kişi, bu tür bir sınıflandırma da bazı soruların cevaplarını verebilmelidir:

1. Tüketici hizmet için fiziksel olarak orada bulunmalı mıdır?

- Hizmetin sunulması esnasında
- Hizmetin başlaması sırasında (Bilgisayarını tamire verip, sonra gelip almak).
- Hizmet sırasında orada hiç bulunulmayabilir (Hizmet sunucusuyla telefonla ya da mail yoluyla iletişim kurulması gibi).

2. Hizmet sunumunda müşterinin zihinsel olarak da orada bulunması gerekli midir? Hizmet sunumu sırasında orada bulunulması gerekiyor ise, hizmet bitene kadar zaman harcamak gerekmektedir. Müşteri memnuniyeti için alan ve zaman giderek daha önemli hale gelmektedir. Müşterinin bulunmadığı hizmetlerde, hizmet veren ile kişisel bir temasın olmaması ve hizmet sürecinde müşteri olmaması nedeniyle hizmetin teknik kalitesi önem kazanmaktadır. Örneğin kredi kartı hizmetleri.

Yüz yüze verilen hizmetler, yoğun müşteri faaliyetlerini azaltmak için, otomatik makine işlemlerine ağırlık verilmektedir. Bankacılık işlemlerinde ATM

hizmetleri buna en iyi örneklerdir. İnsan zihnine yönelik hizmetlerde ise; online verilen eğitim hizmetleri gibi elektronik ortamda hizmet verilmektedir (Lovelock, 1984: 492).

Hizmet İşletmesinin Müşterisiyle İlişki Türüne Göre Sınıflandırma

Hizmet işletmeleri, bireysel ve kurumsal olarak hizmet sunarken, müşterileriyle uzun dönemli ilişki kurarak hizmeti sürekli hale getirirler. Telefon aboneliği, aile hekimliği, bankacılık hizmetleri örnek olarak verilebilir. Bu tür sınıflandırmalarda hizmet işletmeleri büyük avantajlar sağlamaktadırlar. İşletmeler, müşteri portföyünü bilmekte ona göre stratejiler geliştirmektedirler. Kayıtlı müşterilerine telefon, posta ve internet satışlarıyla ulaşarak fiyatlandırma konusunda avantajlar sunabilmektedirler. Sürekli hizmet alan müşterilerine yönelik, indirim, peşinat ve kolay ödeme imkânları sağlanmaktadır. Hizmet işletmelerinin müşterisiyle olan ilişkisinin türüne göre sınıflandırma Tablo 1.2’de örneklerle gösterilmektedir.

Tablo 1.2: Hizmet İşletmelerinin Müşterisiyle Olan İlişkisinin Türüne Göre Sınıflandırılması

Hizmet Sunumunun Yapısı	Üyelik İlişkisi Var	Biçimsel olmayan Bir İlişki Var
Hizmetin Sürekli Oluşu	Sigorta Bankacılık Telefon Aboneliği	Karayolu Radyo İstasyonu
Hizmetin aralıklı oluşu	Bir Tiyatroya Abone Olma Otobüs Pasoları	Araba Kiralama Restoran Tiyatro ve Sinema Kamu Taşımacılığı Posta Hizmet

Kaynak: Lovelock, 1983: 21. Aktaran: Şarbak, 2009

Hizmet İşletmesinin Esnekliğine Ve İnisiyatifine Göre Sınıflandırma

Hizmet kalitesinin belirlenmesinde hizmet sağlayıcının inisiyatifi Tablo 1.3’te gösterilmektedir.

Tablo 1.3: Hizmet işletmesinin esnekliğine göre sınıflandırılması

Hizmeti Sunan Kişinin Hizmetin Özelliklerini Belirlemedeki İnisiyatifi	Yüksek	Düşük
Yüksek	Hukuki Hizmetler Mimari Tasarım Taksi Hizmeti Güzellik Bakım Özel Eğitim Sağlık Hizmetleri	Kitle Eğitimi Koruyucu Sağlık Programları
Düşük	Telefon Hizmetleri Otel Hizmetleri Kaliteli Restoranlar Mevduat Bankacılığı	Kamu Taşıyıcılığı Sinema-Tiyatro Ayakta Yenilen Restoranlar

Kaynak: Lovelock ve Lauren, 2002: 64. Aktaran: Şarbak, 2009

Hizmet verenin inisiyatif kullanabilmesi, verilen hizmetin nitelik olarak esnek olmasından kaynaklıdır. Hizmet müşteri beklentilerinin karşılanmasına yöneliktir. Özel olarak verilen bu tür hizmetlere; Tıp, Muhasebe, Mimari, Tasarım gibi profesyonel hizmetler örnek olarak verilebilir (Midilli, 2011: 110). Bazı hizmetler ise; müşteriye birçok seçenek ve avantaj sunmaktadır. Örneğin, telefon abonesinin istediği kişiyle görüşme yapabilmektedir. Bu durum müşteri ile hizmeti verenin müşteri ile arasındaki inisiyatif azalmasına neden olmaktadır. Yapılan hizmet buna müsamaha göstermektedir. Hizmetin tamamen standartlaştığı, esnekliğin düşük olduğu hizmetlerde hizmeti veren kişinin inisiyatif kullanması çok düşüktür. Örneğin, otobüs taşımacılığında, verilen rotanın dışına çıkılamaması gibi (Öztürk, 2019: 244).

1.2. Sağlık Hizmetleri Kavramı

1.2.1. Sağlık Tanımı

Dünya Sağlık Örgütüne göre sağlık, insanın fiziksel hasata olması değil beden ve ruhen de iyi olması şeklinde tanımlanmıştır (Sur ve Palteki, 2013: 1125). Sağlıklı olmak, yalnızca biyolojik ve psikolojik olarak değil, sosyolojik olarak da kişinin kendisinden beklenen görev ve sorumlulukları yerine getirebilmesiyle mümkün olmaktadır.

Besso'na göre sağlık, bireyin yalnızca kendisi ile değil, çevresi ile etkileşimini de içine alan bir kavramdır. İç dengenin sürdürülmesi için, insan sağlığını tehdit eden çevresel faktörlerin azaltılması, savunma mekanizmalarının

güçlendirilmesiyle olacağını ifade etmiştir (Ay, 2013). Sağlık kavramı, sübjektif ve objektif olarak iki başlıkta değerlendirilmektedir. Bireyin kendi durumunu fiziksel, sosyal ve ruhsal olarak nasıl algılıyor olabildiğini sübjektif sağlık olarak değerlendirir iken, doktor muayenesinde teşhis ve tanı olarak hastalık durumunun olmama hali objektif sağlık olarak tanımlanmıştır. Kişinin sağlıklı olması, objektif ve sübjektif olarak da sağlıklı olmasını gerekli kılmaktadır (Atlı ve Yücel, 2018; Kayalı, Yereli, Soysal ve Terim, 2004).

DSÖ'ne üye ülkeler 1978'de Alma -Ata Bildirgesinde Temel Sağlık Hizmetleri kavramını ilk kez tanımlamıştır. İçeriğinde yer alan 8 hizmetten biri olarak “Bir toplumda genel olarak görülen sağlık sorunları ve önlenmesi için denetim yapılması halkın buna yönelik eğitilmesi” yer verilmiştir. Ülkemizde 1961 yılında kabul edilen 224 sayılı Sağlıkın Toplumsallaştırılmasına Dair Kanun, sağlık eğitimini birinci basamak sağlık kurumlarında verilen zorunlu bir hizmet olarak tanımlamaktadır (Eren, 2000: 216).

Anayasanın 56. maddesine göre “Herkes sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir” denilerek sağlığın yasal olarak korunmaya çalışıldığı görülmektedir. Devlet herkesin hayatına sağlıklı bir şekilde devam etmesini temin etmek; insan ve madde gücünde israfı önlemek ve verimi artırmakla yükümlüdür. Bu amaçla sağlık kuruluşlarını tek elden koordine ederek, hizmetin yaygın bir şekilde yapılmasını denetleyerek yürütmektedir (Yeginboy ve Sayın, 2008).

1.2.2. Sağlık Hizmetlerinin Tanımı

Sağlık hizmetlerini, toplulukları ve insanları koruyun ve iyileştirin, hastalıkları önleyin, hastaları erken teşhis yoluyla tedavi edin; Engelliliği önlemek ve insanların yaşam kalitelerini sağlamak için sunulan hizmetlerdir (Hamzaoğlu, 2007: 21- 43).

Sağlık hizmetleri, öncelikle insan sağlığını koruyucu önlemler alıp insan sağlığına negatif etkisi olan çevre koşullarına engel olma, ardından da hastalığın meydana gelmesi durumunda iyileşme sürecinde destek olma ve iyileşene kadar bakımın sürdürüldüğü kapsamlı ve plan program dahilinde sürekli olarak sağlanan hizmetlerdir (Ateş, 2013). Kısa bir şekilde koruyucu ve onarıcı sağlık hizmetleri, sağlığı geliştirme hizmetleri ve tıbbi rehabilitasyon (rehabilitasyon) hizmetlerini

kapsamaktadır (Yenimahalleli, 1999). Sağlık hizmetleri, bireyin sağlığının geliştirilmesi, eğitim, barınma gibi temel ihtiyaçlarının yanında toplumsal olarak refah düzeyini artırmak, sağlıklı beslenme, erken tanı hizmetlerinden yararlanma, ileri tedavi yöntemlerinden faydalanma, temel içme suyu, endüstri hijyeni, çevre sağlığı gibi konuları içerisine alan faaliyetler bütünüdür (Yeginboy, 1993).

Sağlık hizmetleri kişilerin sağlığının korunması ve teşhis tedavi, bakım şeklinde iki farklı grupta toplanmıştır (Odabaşı, 2001). Sağlık hizmetleri özel ya da kurumsal olarak verilen hizmetlerdir. Kurumsal örgütler hizmetin etkin olması için, sürekli değişim ve dönüşüm içinde ihtiyaçlara yönelik hizmetler vermektedirler. Sağlık hizmetlerini temel amacı insanların sağlıklı yaşamalarına katkı sunmaktır. Dünya da en çok kabul gören Amerikan Tabipler Birliğinin (American Medical Association) tanımına göre sağlık hizmetleri bireyin ve bulunduğu toplumun hayat standardını sürdürmesi ve imkân dâhilinde iyileştirmesine kesintisiz katkıda bulunan hizmettir (Çakır, 2007).

224 sayılı “Sağlık Hizmetlerini Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun” sağlık hizmetlerini, hastaların tedavi edilmesi, sağlığa zarar veren etmenlerin ortadan kaldırılması, toplumun bu faktörlerden korunması, ruhen ve bedenen sağlığını kaybedenlerin rehabilite edilmesi faaliyeti olarak tanımlamıştır (Köroğlu, 1987). Sağlık hizmetleri gelişmiş ülkelerin sosyoekonomik kalkınmışlığının da bir göstergesidir. Ülkemizde kamu ve özel sektör toplumun ihtiyacı olan sağlık hizmetlerini, mümkün olan en düşük maliyetle istenilen zamanda, istenilen kalitede sunmaya çalışmaktadır (Tarım, 2009: 65-89).

1.23. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

Sağlık hizmetleri temelinde diğer hizmetlerden farklılıklara sahiptir. Sağlık hizmetlerinin özellikleri aşağıda açıklanmıştır:

- Sağlık hizmetini sunanlar ile talep edenler arasında şartlar eşit değildir.
- Sağlık hizmetine talep, sınırlı olmakla beraber hizmetin sunum noktasında tekelleşme olduğu söylenebilir. Örneğin zincir hastaneler.
- Sağlık hizmetlerinin yerini hiçbir hizmet dolduramaz.

- Hizmeti alanlar piyasa hakkında tam bilgiye sahip değildirler.
- Sağlık hizmetleri ertelenemez telafi edilemez özelliindedir.
- Sağlık hizmetlerinin fiyat ve tutundurma ile gerçek maliyetleri arasındaki ilişkiyi tam olarak ölçmek ve tutturmak zor olmaktadır.

- Sağlık hizmetinin nerede ne zaman ve ne kadar alınacağını kimse ön göremez talep her zaman belirsizdir. - Sağlık hizmetlerinde müşteri alacağı hizmetin uzmanlık gerektirmesinden dolayı, tam olarak yeterli bilgiye sahip değildir. Dolayısıyla hizmeti ve içeriğini hizmeti alan değil, veren yani doktorlar belirler.

- Sağlık hizmetleri sunumunda, hizmeti alan ve yeterli sağlık bilgisine sahip olmayan kişiler tarafından, hizmetin aksadığı ve akıl dışı davranışlar sergilendiği görülmektedir (Hastanın hastalığını kabul etmemesi, tedaviyi reddetmesi ya da tam olarak şikâyetlerini anlatamaması gibi).

- Hizmetten alınan memnuniyet, çoğu zaman dış faktörlerin etkisiyle hizmeti talep edenler ile hizmet sunanlar arasında doyum noktasında farklılıklar olabilmektedir. Sağlık hizmetini önceden test etme ya da telafi etme imkânı olmadığı için, kalite konusunda hizmete güven etik kurallar çerçevesinde belirlenmektedir.

- Sağlık hizmeti çıktısı, kar amacı olmayan, paraya çevrilemeyen, maliyet politikası olarak kendi içinde özel bir yere sahiptir

- Sağlık hizmetlerinin bir kısmı toplumsal niteliklidir.

Hizmetin yeterli olmaması durumunda toplumsal sorunlar çıkabilmektedir (Ak ve Sevin, 2000; Tengilimlioğlu, Akbolat ve Işık, 2015: 602), Ayrıca sağlık hizmetlerinin yukarıdaki özelliklerin yanı sıra bu hizmetler, önceliği kar amacı gütmeyen, toplumsal hizmet sunan, uzman bir ekiple 24 saat kesintisiz hizmet veren ve matriks yapıda olan organizasyonlar tarafından verilmektedir (Tarım, 2009: 65-89).

Sağlık hizmetlerinin yapısal özellikleri şöyle açıklanmaktadır:

- Sağlık sektöründe uzman kadrolar görev yapmaktadır.

- Sağlık kurumlarında bir birimin görev yapabilmesi için, başka bir birimle eş güdümlü halde çalışması gerekmektedir. Bu durum işlevsel bağımlılığın yüksek olduğunu ve meslek grupları arasında iş paylaşımının zorunlu olduğunu göstermektedir.

- İnsan kaynaklarında profesyonelliğin öne çıktığı, kurumsal hedeflerden çok, mesleki doyumun önemli olduğu ve kurumsal hedeflerin mesleki amaçların gerisinde olduğu görülmektedir. Bir hekimin görevi yaptığı tedavinin ücreti değil, yaptığı tedavinin hasta için yararlı olmasıdır.

- Yapılan hizmetin miktarını belirleyen hekimlerdir. Onların kararları doğrultusunda sağlık hizmeti verilmektedir. Faaliyetlerin etkili ve verimli kullanımının sağlanması için, kurumsal yönetim ve yönetsel olarak etkili bir denetim kurulamamıştır.

- Tüm sağlık kurumlarında profesyonel kişilerin mesleki bilgi ve tecrübelerinden dolayı, özerk olmalarından kaynaklı otoriteleri bulunmaktadır. Bu çatışmalara ve ikili otoriteye neden olmaktadır (Kavuncubaşı, 2013: 33- 42).

1.2.4. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Kanunu, tüm sağlık hizmetlerinin ülke genelinde eşit ve kaliteli hizmet sunabilmek için Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı tarafından planlandığını, koordine edildiğini, finanse edildiğini ve desteklendiğini belirtmektedir (Özmen, 2016: 541). Ülkemizde tıbbi hizmetler kamu ve özel kuruluşlar ile sağlık kuruluşları tarafından verilmektedir. Sağlık kuruluşlarının sunduğu bu hizmetler, sundukları hizmetlere göre değişiklik göstermektedir. Anketler, hizmet farklılıklarına göre dört farklı grupta uygulanabilmektedir. Aşağıda tıbbi bakım biçimleri yer almaktadır:

Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetleri, olası tüm risklere karşı önlem alabilen ve hastalıkların önlenmesi ve hastalık veya sakatlığın önlenmesi için doğrudan mücadele edebilen kamu kurumları tarafından sunulan hizmetlerdir. Kişisel hizmetler; aşılama, erken teşhis, çocuklara yönelik planlama, kanser taraması, kişisel hijyen, beslenme

hizmetleri, çevreden kaynaklanabilecek hastalıkların önlenmesi kısacası toplumun refahını artırmaya yönelik tüm hizmetlerdir (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010: 564).

Birinci basamak sağlık hizmeti olan koruyucu hizmetler, çevre ve birey için farklı yollarla hizmet vermektedir. Kişisel güvenlik hizmetleri sağlık eğitimi, aile planlaması, erken tanı, diyet ve hastalık önleme hizmetleri iken çevresel hizmetler; insan sağlığını etkileyen fiziksel koşulların iyileştirilmesi yoluyla insanlarda meydana gelebilecek biyolojik, ekonomik ve sosyal olumsuz sonuçların önlenmesinden ibarettir. Bu olumsuz sonuçlardan kaçınmak için deneyimli kimyagerler, biyologlar, veterinerler gibi iş grupları hizmet üretir. Bu hizmetler temel olarak atık yönetimi, temiz içme suyu tedariki, çevre koruma, radyasyondan korunma gibi hizmetlerdir. Bu hizmetlerin bir parçası olarak; su kaynaklarının temini ve kontrolü, hava ve ses kirliliği kontrolü, iş güvenliği ve sağlığı, gıda temizliği gibi konularda önlemler alınmaktadır. Kişisel hizmetler direkt şekilde sağlık personelleri tarafından sunulurken, çevre hizmetlerinde kontrol edici ve yönlendirici bir rol oynamaktadır (Hayran, 2019: 172-173).

Diğer resmi kurumlar çevre hizmetleri vermektedir (Eren, 2000: 216; Akdur, 1998: 5-14; Sözen ve Özdevecioğlu, 2002: 234). Birinci basamak sağlık hizmetleri olarak koruyucu sağlık hizmetleri, sağlık müdürlükleri, toplum sağlığı merkezleri, aile sağlığı merkezleri, halk sağlığı laboratuvarları, 112 acil sağlık hizmetleri, aile hekimliği uygulamaları, yaşlı bakım tesislerine bağlı bölümler, özel klinikler ve bölümlerden oluşmaktadır. Koruyucu sağlık hizmetlerinin özellikleri aşağıda belirtilmiştir (Eren, 2000;216).

- Önleyici hizmetler etkilidir; daha az maliyetlidir
- Hastanelerin yükünü azaltır
- Bu hizmetlerin uygulanması daha kolaydır.
- İş gücü kayıpları mümkün olduğunca önlenir.
- Hizmetler, hastane hizmetlerine göre daha az araç, gereç ve personel kullanılarak sağlanır.
- Teknolojiye bağlı olarak daha az maliyetli ve daha kolay bir yol vardır.

- Diğer sağlık hizmetlerinden daha az vasıflı çalışma gerektirir.

Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Sağlık merkezlerinde doktorlar ve diğer sağlık ekipleri tarafından genel sağlığı bozulan veya kedi istismarı yapan kişilere verilen tıbbi hizmetlerdir. Koruyucu sağlık hizmetlerinden ayırt edici yönü, bir hastalığı tedavi etmek için kişiye doğrudan uygulanmasıdır. Koruyucu bakım hizmetleri, belirli bir hastalığın tedavisi ve bulaşmasının önlenmesi ile desteklenmektedir (Kavuncubaşı ve Kısa, 2011). Terapötik bakım üç kategoriye ayrılır: birincil (birincil yatarak ve ayakta tedavi), ikincil (yatarak) ve üçüncül (daha uzmanlaşmış ve teknolojik olarak gelişmiş tesisler).

Birinci Basamak Hizmetler

17 evde ve ayakta bakım, korunma ve sağlıklı yaşam hizmeti verilmektedir. Buna laboratuvar ve farmasötik hizmetler dâhildir. Tıp merkezleri, aile planlaması merkezleri, verem dispanserleri, ana çocuk sağlığı merkezleri, toplum sağlığı merkezleri, işyeri sağlık merkezleri bu birinci basamak hizmetleri sunan kuruluşlardır (Ay, 2013).

İkinci Basamak Hizmetler

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde iyileşemeyen kişilerin tanı ve tedavilerinin hastane ortamında, gerekirse hastane hizmetlerinde sağlandığı hizmetlerdir. Küçük ve orta ölçekli hastanelerde sağlanmaktadır (Ay, 2013).

Üçüncü Basamak Hizmetler

Tedavide birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinde verilemeyen hizmetlere, uzmanlık bilgisi gerektiren uzmanlıklara, ileri tedavilere ve teknolojik olarak daha gelişmiş cihazlara öncelik verilir. İlçe hastaneleri, şehir hastaneleri, eğitim ve araştırma hastaneleri, özel hastanelerin şubeleri üçüncü basamak hizmetleri sunan oluşumlardır (Kavak ve Yılmaz, 2003).

Rehabilitasyon Hizmetleri

Bütün bunlar hastalık, kaza veya herhangi bir doğal afet sonucu kaybedilen bir kişinin sağlığına kavuşması için tıbbi destek ve sosyal destek şeklinde sunulan hizmetlerdir. Psikolojik ve fiziksel destekleyici terapi yardımı ile sağlığın restorasyonu

garanti edilir. Aynı zamanda hastalığın neden olduğu yaralanma ve yara izlerinin giderilmesi, diğerlerinden bağımsız yaşaması ve tekrarının önlenmesi için tıbbi ve sosyal destek sağlanmaktadır. Hastalıkların tedavisine yönelik tıbbi hizmetler sunulurken, sosyal rehabilitasyon hizmetleri engelli veya özürlülerin topluma kazandırılmasına yöneliktir. Örnekler, istihdam ve yeniden istihdam üzerine yapılan çalışmalardır (Ay, 2013).

Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri

Terris (1992: 267-276), sağlığın geliştirilmesi kavramını ilk Henry E. Sigerist tarafından kullanıldığını belirtmiştir. Sağlığın tanım olarak; sağlığın geliştirilmesi, hastalıkların önlenmesi, hastaların iyileştirilmesi ve rehabilitasyon hizmeti olduğunu belirtmiştir. Eğitim, dinlenme, çalışma şartları, iyi yaşam koşullarının sağlanması durumunda sağlığın geliştirileceğini ifade etmiştir.

Sağlığı iyileştirmek için, insanların sağlığını iyileştirmeyi amaçlar. Bu amaçla toplumu bilinçlendirmeye ve refahı artırmaya yönelik araştırmalar yapılmaktadır. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi hizmetleri ile sağlık eğitimi birbirlerinden farklıdır. Sağlık eğitimi, sağlıkla ilgili kötü davranışları değiştirmek, iyi davranışları değiştirmek, beden, ruh ve toplum sağlığı için fiziksel ve sosyal çevre oluşturmak gibi etkinliklerin tümünü içerir (Güler, 1987). Sağlık eğitimi yalnızca sağlık kurumlarını değil, bireyden yayılarak toplumu, kamu kurum ve kuruluşlarını ve hatta tüm dünyayı kapsar. Bunun için herkes sağlığın gelişimine katkıda bulunmalıdır.

1.2.5. Hastane Hizmetleri

Hastaneler, hasta, yaralı veya hasta olduğundan şüphelenilen kişilere bakım, teşhis ve tedavi sağlayan ve gerektiğinde sağlıklarını izlemek için rehabilitasyon sağlayan sabit tesislerdir (Seçim, 1995: 327).

Hastanelerin vizyon ve misyonuna baktığımızda dört ana işlevi görürüz: Güvenlik hizmetleri, geliştirme hizmetleri, eğitim ve araştırma hizmetleri. Hastaneler tedavi edici bir işleve sahip olmakla birlikte doğrudan koruyucu sağlık hizmetleri de sunmaktadır. Koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında alkol ve uyuşturucu ile mücadele, sigarayı bırakma, hamile ve çocuk bakımı, obezite ile mücadele gibi hizmetler verilmektedir. Böylece, nüfusun sağlığını iyileştirmeye katkıda bulunur.

Hastanelerin de bir öğretim işlevi vardır. Sağlık çalışanı eğitimi, hasta ve aile eğitimi, personel gelişimi ve sağlık eğitimi bu alandaki hizmetlerdir. Hastaneler, tıbbi araştırma hizmetleri sunan ve çok sayıda profesyonel kadroya sahip kamu kimliğine sahip sosyal kurumlardır (Kavuncubaşı, 2013: 33-42; Özgen, 1995: 69-70). Hastanelerin atanması; en düşük maliyetle ve en yüksek hizmet düzeyinde tıbbi bakım sağlamak olmalıdır. Teknolojik gelişmeleri ve bilimsel yöntemleri takip ederek yönetsel kaynaklarını kullanarak maksimum hizmet odaklı verimliliği harekete geçiren kar hedefi gütmeyen kuruluşlardır. Yüksek hizmet kalitesi, iyi yönetimin bir sonucudur. İş planlama, personel oluşturma, bütçeleme, yürütme ve kontrol mekanizmaları etkin bir şekilde çalışmalıdır (Özgülbaş, 1995). Hastanelerin maalesef işleyiş olarak eksiklikleri bulunmaktadır tam kapasite etkin hizmet verebilmek için; nitelikli ve ayrıcalıklı sağlık çalışanlarına, mali idari ve destek hizmetlerinin kadrosunun güçlendirilmiş olmasına, tıbbi cihazların kapasite olarak yeterli donanımda bulunmasına ihtiyaç duyulmaktadır. Bunu ancak yeterli mali gücü bulunan hastaneler yapabilmektedir. Her türlü imkâna sahip hastaneler bile, insan kaynakları, fiziksel ve teknik imkânlar, çalışanların organizasyonu işe adaptasyonu, ücret yönetimi, iş akışının sürekli hale getirilmesi, devlet bürokrasisinden kaynaklanan sorunlar yönetim sorunu doğurmakta ve işleyişte sorunlar çıkarmaktadır (Seçim, 1995: 327).

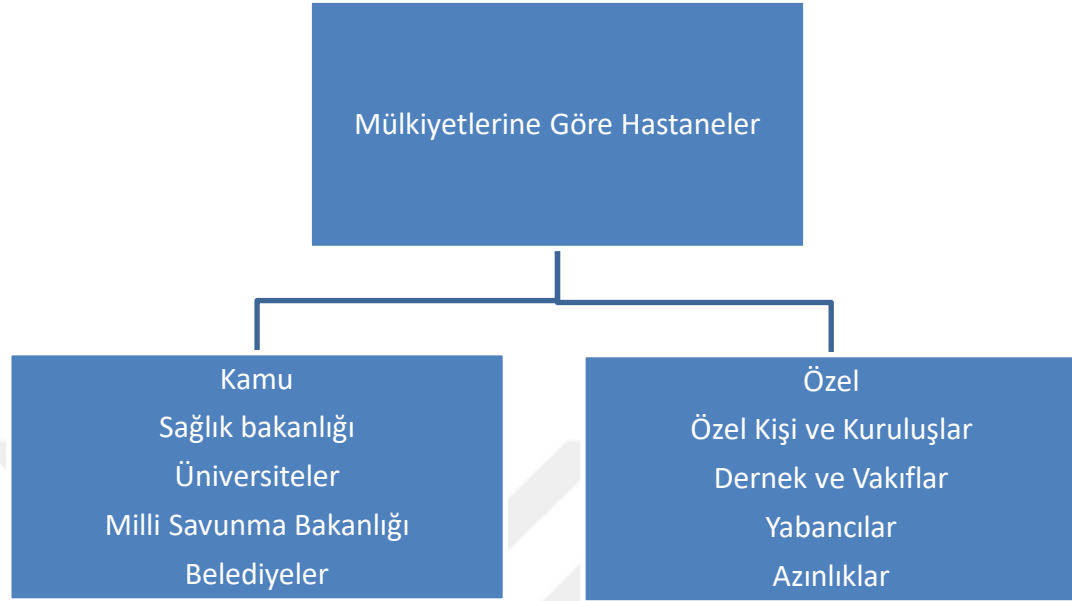
Hastanelerin Sınıflandırılması

Birçok fonksiyona sahip hastanelerin farklı sınıflara ayrıldığı görülmektedir. Hastaneler sorumlulukları (hizmet ettikleri alan), finansal kaynakların türü (mülkiyet), büyüklüğü (yatak sayısı), hastaların kalış süresi vb. özellikleri bakımından farklılık gösterir. En genel sınıflandırma aşağıda verilmiştir:

Mülkiyet Durumuna Göre Hastaneler

Taşınmazın hangi kurum ve kuruluşlara tahsis edildiğine göre tasnif edilir. Ülkemizde hastaneler, sağlık bakanlığına, üniversitelere, belediyelere bağlı olarak kamu ve özel hastaneler olarak hizmet vermektedir. Hastanelerin, doğrudan hastaneyi yönetme ve kontrol görevini kendileri yerine getirirler. Sağlık Bakanlığına bağlı Kamu ve Özel Hastaneler Şekil 1.1’de sınıflandırılmaktadır.

Şekil 1.1: Sağlık Bakanlığına Bağlı Kamu ve Özel Hastaneler



Kaynak: Tengilimlioğlu, Akbolat ve Işık, 2015.

Türkiye’deki Hastanelerin Mülkiyet Durumuna göre yatan hasta dağılımı tablo 1.4’de verilmiştir.

Tablo 1.4: Yıllara ve Sektörlere Göre Yatan Hasta Sayısı

	2002	2014	2015	2016	2017	2018
Sağlık Bakanlığı	4169779	7396239	7404570	7561989	7606159	7675972
Üniversite	781990	1737627	1891094	1842001	1982410	1955983
Özel	556494	3900407	4237453	4048696	4120734	4019422
Toplam	5508263	13034273	13533117	13452686	13709303	13651377

Kaynak: <https://www.saglik.gov.tr/TR,11588/istatistik-yilliklari.html>, 2020.

Büyükliklerine Göre Hastaneler

Hastaneler büyüklüklerine (yatak sayılarına) göre de sınıflandırılabilir. Hastanın yattığı gün ve mevcut personel sayısı da büyüklüğünü göstermektedir. Yataklı sayı birimleri 25.50.100,200,400,600,800 ve üstü şeklindedir.

Eğitim Statüsüne Göre Hastaneler

Hastaneler, eğitim veren ve vermeyen olarak ayrılmaktadır. Eğitim hastanelerinde tedavilerin yanı sıra sağlık çalışanlarının yetiştirilmesine yönelik eğitim hizmetler verilmektedir. Eğitim verme gayesi olmayan hastanelerde ise tedavi hizmetlerinin yanında dolaylı olarak sağlık personelinin eğitimine uygulama hizmet alanı olarak katkı sunulmaktadır.

Hastaların Kalış Süresine Göre Hastaneler

Hastanın hastane de kaldığı gün sayısı da hastaneleri diğerlerinden ayırmaktadır. Hastanın 30 günden az hastaneden yattığı süreleri dikkate alan akut bakım hastaneleri ve daha uzun sürelerde kalınan kronik bakım hastaneleri olarak hizmet verilmektedir. Kronik bakım hastanelerine ruh ve sinir hastalıkları hastaneleri, kemik hastalıkları hastaneleri gibi hastaneler örnek gösterilebilir. Yıllara ve sektörlere göre hastanelerde yatılan gün sayısı tablo 1.5’de gösterilmiştir.

Tablo 1.5: Yıllara ve Sektörlere Göre Hastanelerde Yatılan Gün Sayısı

	2002	2014	2015	2016	2017	2018
Sağlık Bakanlığı	23770910	32078874	32011141	33325800	34065595	34651119
Üniversite	6713945	10260691	10575334	10456273	11072754	10664127
Özel	1730661	9521899	10649770	10368845	11032616	11326789
Toplam	32215516	51861464	53236245	54150918	56170965	56642035

Kaynak: <https://www.saglik.gov.tr/TR,11588/istatistik-yilliklari.html>, 2020.

Akreditasyona Göre Hastaneler

Akredite edilen ve edilemeyen olarak ayrılan hastanelerdir. Türkiye’de geçerli olamayan bir sınıflamadır. Son yıllarda ülkemizde akreditasyon süreci başlamış olup, aktif olarak çalışmalar yapılmaktadır. Henüz istenilen seviyeler gelinmemiş olsa da ABD’den Sağlık Kurumları Akreditasyon Komisyonu tarafından (joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations-JCAHO) belirlenen standartlara uygunluğu saptanan hastaneler, akredite edilen hastaneler olarak belirlenmektedir. Amaç organize olmuş hastaneleri gelişmeye teşvik etmektir. Profesyonel bağımsız bir ekip tarafından, önceden belirlenmiş standartlara uygunluk açısından ekipman kontrolü, yönetimsel ve klinik veri göstergelerinin incelenmesi, belge incelemesi gibi değerlendirmelerle organizasyonel ve klinik performans değerlendirmesi yapılmaktadır. Akreditasyon süreci ile standartlar geliştirilmeye çalışılmaktadır. Akredite olmuş hastaneler hasta

memnuniyetine olumlu bir etki yaratır. Özellikle mali olarak hastanelerin akredite edilmesi çok prestijlidir. Akreditasyon belgesine sahip hastaneler, pazarlama ve tanıtım faaliyetlerinde büyük avantajlar sağlamaktadır. Akreditasyon belgesi yurt dışından gelen ve Türkiye'de tedavi olmak isteyen hastalar için hem bir güven unsuru hem de yurt dışı sağlık sigortası ve aracı kurumları tercih etmelerine zemin oluşturmaktadır (Güdük ve Kılıç, 2017: 102-107).

Dikey Entegrasyona Göre Hastaneler

Hizmet sunumlarına göre birinci basamak hastaneler, ikinci ve üçüncü basamak hastaneler olarak sınıflandırılan hastaneleri kapsamaktadır. Birinci basamak hastanelerde, ayaktan hastaların tedavisi yapılmaktadır. İkinci basamak hastanelerde, daha genel hizmet verilen tedavi sürelerinin daha az tutulduğu hastanelerdir. Üçüncü basamak hastaneler ise, daha yoğun tedavilerin uygulandığı, ikinci basamak hizmetlerde, tedavisi mümkün olmayan kişilerin iyileştirildiği hastanelerdir. Uygulamada dikey entegrasyona ve üçüncü basamak hastanelerine en iyi örnek üniversite hastaneleridir. Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği; dikey entegrasyona göre hastaneleri işlevlerine göre beş gruba ayırmaktadır:

- **İlçe /Belde hastaneleri:** Sağlık bakanlığına bağlı bu hastanelerde acil servis, doğum servislerinin bulunduğu, yatışların yapıldığı, ambulans ile sevk hizmetlerinin yürütüldüğü, sağlık ekibiyle 24 saat bakım ve hizmet verilen hastanelerdir.

- **Gün hastanesi:** Birden fazla alanda günlük teşhis ve tedavilerin yapıldığı, müşahede odalarının bulunduğu, hastane bünyesinde ya da bir hastanenin iş birliğiyle hizmet verilen kurumlardır. Genel hastaneler: En az 50 yatakla hizmet verilebilen, her yaşta insana, olabilecek tüm potansiyel sağlık hizmetinin verildiği hastanelerdir.

- **Özel dal hastaneleri:** Yalnız belirli uzmanlık alanlarında ve farklı yaş gruplarına ve cinsiyete göre hizmet verilen farklı teşhis ve tedavilerin uygulandığı yerlerdir. Dallara göre hastane ve yatak sayıları tablo 1.6' da gösterilmiştir.

-

Tablo 1.6: Dallara Göre Hastane ve Yatak Sayıları, 2018

Dallar	Hastane	Yatak
Genel	1 423	212 883
Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi	25	4 826
Göz Hastalıkları Hastanesi	25	316
Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi	19	2 904
Göğüs Hastalıkları Hastanesi	12	3 569
Psikiyatri Hastanesi	11	3 887
Çocuk Hastalıkları Hastanesi	4	1 339
Kalp ve Damar Cerrahisi Hastanesi	4	599
Kemik Hastalıkları Hastanesi	3	436
Meslek Hastalıkları Hastanesi	2	246
Onkoloji Hastanesi	2	712
Ortopedi ve Travmatoloji Hastanesi	1	33
Lepra Hastanesi	1	34
Lösemili Çocuklar Hastanesi	1	75
Spastik Çocuklar Hastanesi ve Rehabilitasyon Merkezi	1	54
Toplam	1 534	231 913

Kaynak: <https://www.saglik.gov.tr/TR,11588/istatistik-yilliklari.html>, 2020.

• **Eğitim ve araştırma hastaneleri:** Çeşitli eğitim faaliyetlerinin yapıldığı, uzman ve yan dal yapmak isteyen öğrencilerin yetiştirildiği aynı zamanda genel ve özel dal sağlık hizmeti verilebilen çok kompleksli ve faaliyet alanı oldukça geniş olan hastanelerdir (Ay, 2013;(Tengilimlioğlu, Akbolat ve Işık, 2015: 602; Kavuncubaşı, 2013: 33-42).

2. TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ

2.1. Kalite Kavramı ve Tanımı

Son yirmi yılda, hizmet sektörlerinde toplam kalite yönetimi (TKY) farkındalığı önemli ölçüde artmıştır. Sürekli artan müşteri talebiyle, küresel rekabet hizmeti endüstrileri, maksimum fayda için TKY' nin uygulanması sırasında TKY uygulamalarını iyileştirmek ve engelleri aşmak için çaba harcamaktadır (Talib vd., 2011: 101). Toplam Kalite Yönetimi, hizmet sektöründe kalite yönetiminin yöntemlerini ve engellerini ortaya koyan bir çalışmadır. Niteliksel yaklaşım, bir hizmet veya ürün üretilmeden önce oluşabilecek hataları önlemek için sürekli bir geliştirme ve iyileştirme faaliyetidir (Çil ve Ağ, 2019: 872). Toplam kalite kavramını anlamamız için kalitenin tanımlanması faydalı olacaktır (Akdağ, 2005: 160). Kalite kavramı, sunulan ürün veya hizmete, faaliyetin yürütüldüğü sektöre ve hizmetin alıcılarına göre bazı farklılıklar göstermektedir. Sağlık sektöründe başarılı bakım ve tedavi, hijyenik ortam, etkili iletişim, hasta memnuniyeti ve odaklanma gibi bileşenlerle ölçülebilir (Özen ve Tütüncü, 2017: 110). Genel bir terim olan kalitenin birçok tanımı mevcuttur. Günümüzde kullandığımız kalite kavramı, bilimsel olarak 19.yüzyılda ortaya çıkmıştır. İngilizce “quality” kelimesinden dilimize geçmiştir (Uzeken, 2008: 2). Bireylere ve kuruluşlara göre kalite kavramı farklı şekillerde tanımlanmaktadır. Daha çok müşteri odaklı tanımlara literatürde rastlanmaktadır. Kalite; müşterilerin beklentilerine, isteklerine göre değişiklik göstermektedir (Çoban, 2004: 86).

Kalite kavramı subjektif bir kavramdır ve müşterinin beklentilerine göre belirlenir. Bireyden bireye farklılık gösterebilir. Kalite bir ürün veya hizmetten müşterilerin beklentileri ve taleplerinin karşılanmasıdır. Juran tarafından yapılan tanım günümüzde de güncelliğini korumaktadır. Juran “kalite kullanıma uygunluktur” demiştir (Bengisu, 2007: 739; Ada, 2010: 20). Diğer tanımlarla kalite; mükemmellik, süreklilik, israfın ortadan kaldırılması, teslimat hızı, politika ve yöntemlere bağlılık, iyi ve kullanışlı ürün sunumu, eksiksiz ve zamanında çalışma ve müşteri memnuniyetidir (Soyük ve Yenidikici, 2015: 22). Bunun nedeni ise gelişen ve değişen dünyada müşteri beklenti ve taleplerinin farklılaşmasıdır (Uzeken, 2008: 2).

Kalite ile ilgili yapılan bütün tanımlarda, müşteri tatmininin ortak nokta olduğu görülmektedir. En yüksek müşteri memnuniyeti ile en yüksek verimlilik elde etmek işletmelerin hedefi haline gelmiştir. Aslında kalite kavramı çok eski yıllara dayanmakla birlikte son yıllarda müşterilerin bilinçlenmesi ve rekabetin artmasıyla birlikte her hizmette ve/veya üründe aranır hale gelmiştir (Soyük ve Yenidikici, 2015: 22). Bu nedenle kalite günümüzde müşteriler tarafından aranan bir koşuldur. Birey kalite kavramının temelinde yer almaktadır. Kalite felsefesinin temelini bireye kaşı duyulan güven, verilen değer, moral ve motivasyon, ihtiyaçlarının karşılanması oluşturur (Kanbur, 2008: 28).

2.2. Kalite Yönetiminin Tarihsel Gelişimi

21. yüzyıl, rekabet koşullarının sürekli arttığı ve sürekli değişimin yaşandığı bir zamandır. Bu nedenle hızlı değişimin takipçisi olmak ve değişime uyum sağlamak işletmelerin başarısını sağlayacaktır. Dolayısıyla toplam kalite yönetimi (TKY) yaklaşımları bu anlamda işletmelere önemli bir ivme kazandıracaktır (Çakar, 2018). Toplam kalite yönetimi ile ilgili ilk Bell Telephone şirketinde çalışan Walter A. Shewhart tarafından 1930'lı yıllarda ABD'de başladı. Shewhart'ın kalite çalışmalarından sonra ABD'de W. Edwards Deming ve Joseph M. Juran'ın çalışmaları toplam kalite yönetiminin kabul edilmesi konusundaki önemli çalışmalardır (Aktan, 2012: 236). Toplam kalite yönetimi ilk kez ABD'de 1930'larda ve 1940'larda W Edwards Deming tarafından geliştirildi. Japonya'da toplam kalite yönetimi, 1950'li yıllarda Deming ve Juran'ın katkılarıyla kalite çemberleri, kalite geliştirme, kalite kontrol ve tam zamanında üretim uygulamaları ile gelişti (Sayan ve Aytan, 2020: 5).

Japonya'da ikinci dünya savaşının sona ermesinin ardından Crosby, Feigenbaum, Ishikawa ve diğerleri bu güçlü yönetim tekniğini geliştirdi (Neyestani, 2017: 2). 1940'lı yıllarda istatistiksel yöntemler kullanılarak hata miktarları ve hata türleri tespit edilmeye başlamıştır. 1950'li yıllarda bir çalışana veya bir ekibe kalite kontrol süreçleri verilmiştir. İkinci dünya savaşından sonra Japonya, kalite çalışmalarıyla birlikte Batı ülkelerini geride bırakmıştır (Taner ve İlke, 2005: 354). 1950'li yılların sonlarına doğru Philip Crosby de toplam kalite yönetiminde oldukça önemli bir kavram olan "Sıfır Hata" (Zero Defect) yani mükemmelliyetçiliğin öncülerinden biridir (Aktan, 2012: 296). Toplam kalite yönetimi, özellikle Deming'in

1950’li yıllarda Japon kuruluşlarına verdiği söyleşilerle başlayan Juran, Ishikawa, Feigenbaum ve Crosby tarafından geliştirilerek günümüze kadar gelen yönetim anlayışıdır (Kanbur, 2008: 28). William Edwards Deming, toplam kalite yönetimi öncülerinden olup Japonlara toplam kalite yönetimi öğreten kişidir. Deming’in bir konferansta söylediği “Eğer beni dinlerseniz beş yıl içinde dünyayı yakalayabilirsiniz, dinlemeye devam ederseniz dünya sizi yakalamaya çalışır” sözü toplam kalite yönetiminin önemini ortaya koymaktadır.

Toplam kalite yönetiminde Deming’in 14 ilkesi güncelliğini korumaktadır (Çakar, 2018: 296). Fredic Taylor tarafından ortaya konulan bilimsel yönetim yaklaşımı ile örgütün yapısından çok, işlerin yapılarına, sistem, prosedür ve süreçlere odaklanmıştır (Aslan ve Küçüker, 2011: 206). Fredic Taylor, çalışanların verimliliğinin nasıl artabileceğini, personel seçimi, bilimsel iş analizi, yönetimde işbirliği ve denetim süreçleri konularında önemli çalışmalar yapmıştır. Taylor, yaptığı çalışmalarda bilimsel yöntemler kullanmıştır (Köroğlu ve Murat, 2017: 6). Sonuç olarak Taylor, işlemlerin küçük ve basit parçalara ayrılması, süreçlerin standardize edilmesi, yarı vasıflı bir bireyin eğitim ile işe uyumlaştırılması gibi çalışmalarıyla işletmelerde verimliliğin artmasını sağlamıştır (Aslan ve Küçüker, 2011: 206).

Bu süreçler Taylor’un felsefesinin temel ilkeleridir (Ekinci, 2019: 19). Aynı zamanda Japonya bölgesinden bilim adamlarının toplam kalite felsefesinin gelişimine kaydedeğer katkıları bulunmaktadır. Japon Kaoru Ishikawa’nın “Kalite Çemberleri ve Neden Etki Analizleri”, Genichi Taguchi’ nin “İstatistiksel Deney Tasarımı ve Kalite Kayıp Fonksiyonu”, kalite konusundaki çalışmaları 1960’lı yılların başında daha da hızlandırdı. İlavaten, Japon Taaichi Ohna’nın “Tam Zamanında Üretim Modeli” ve Masaaki Imai’nin “Kaizen (Sürekli Gelişme)” felsefesi de toplam kalite yönetimine ciddi katkı sağlamıştır (Aktan, 2012: 237). 1970’li yılların da ise arz açığının ortaya çıkmasıyla birlikte dünya ekonomisinde kitle üretimi ihtiyacı oluşmuştur. Japonlar izledikleri kalite stratejisiyle belirli sektörlerde dünya lideri haline gelmiştir. Bunun yanında tüketicilerin de kaliteye ilgileri artmıştır ve uluslararası rekabette kaliteye önem verilmeye başlanmıştır (Erturgut, 2007: 25).

1980’li yıllarda maliyet unsurunun yanında kalite ön plana çıkmaya başlamıştır. Üretimi tamamlanmış, bir ürünü kontrol etmenin yerine ürün yapımında

kontrollerin yapılmasının maliyeti daha çok düşürdüğü görülmüştür. Böylelikle işletmelerde kalite güvence sistemleri kurulmuştur. Tüm çalışanların sürece katılması ve üst yönetimin desteklemesiyle birlikte müşteri memnuniyeti artmıştır. Böylelikle toplam kalite yönetimi yaklaşımı tüm dünyada benimsenmeye başlamıştır. Toplam kalite yönetimi sürekli geliştirme felsefesine değer vermektedir (Taner ve İlke, 2005: 354).

Kalite gelişim süreci dört başlık altında incelenebilir:

1. Muayene: Muayene, ürün imalatının ilk dönemlerinde kalite anlayışı açısından birinci basamağıdır. Sanayi devriminden sonra işletmeler daha da büyümeye başlamıştır. Belirli testler ve standartlar geliştirilip laboratuvarlar kurulmuştur. Ürünler tek tek kontrol edilerek yapılan yanlışlar tespit edilmiş ve muayene ile kusurlu ürünlerin tüketiciye ulaşmasını engellenmiştir (Açan, 2016: 10).

2. Kalite kontrol: Toplam kalite kontrol yaklaşımı tasarım aşamasında ürünlerin kalitesinin kontrol edilmesi aşamasıdır. Yine bu aşamada, tüm organizasyonda kalite kontrol görevinin üstlenilmesi gerektiği vurgulanmaktadır (Aktan, 2012: 237).

3. Kalite güvencesi: Müşterilerin ihtiyaç ve beklentileri artmaya başlamıştır. Böylelikle kalite ile ilgili standartların oluşumu önem kazanmıştır. Kalite, tüm işletme faaliyetlerine yol gösteren temel bir kavram haline gelmiştir (Açan, 2016: 11).

4. Toplam kalite: Toplam kalite yönetimi, mal ve hizmet kalitesini, düzenli ve kesintisiz olarak geliştirmek ve iyileştirmek için yapılması gereken tüm etkinliklere verilen isimdir. “Kalite Yönetimi” kelimelerinin başına eklenen “Toplam” kelimesi tüm ekibin katılımıyla örgütsel performansı artıracak tüm alanlarda kalite uygulamalarını kapsamaktadır (Aktan, 2012: 240).

2.3. Toplam Kalite Yönetimi Tanımı ve Felsefesi

Kalite, hayatımızın giderek daha baskın bir özelliği haline geldi. Günümüzde insanlar sürekli olarak kaliteli ürünler, kaliteli hizmetler ve hatta aileleriyle paylaşmak için kaliteli zaman gibi soyut kavramlar arayışındadır. Bu kalite arzusunun varlığı, dünya çapında endüstrilerin ve kuruluşların, müşterilere ihtiyaç duydukları kaliteyi sunabilecek bir felsefe geliştirmeye çalışmasına neden olmuştur. Toplam kalite

yönetimi, kuruluşlara müşteri memnuniyetini sağlamayı amaçlayan bir felsefedir (Walsh, Hughes ve Maddox, 2002: 299). Patrick (1997), toplam kaliteyi, yönetim sistemlerinin kuruluşun hedeflerinin verimli bir şekilde gerçekleştirilmesine yönlendirilebildiği bir dizi felsefe ve kavram olarak tanımlamıştır (Mani, Murugan ve Rajendran, 2003). Toplam kalite yönetimi, entegre bir araçlar, teknikler ve eğitim sistemi aracılığıyla müşteri memnuniyetinin sürekli olarak elde edilmesiyle tanımlanan ve bunu destekleyen bir örgütsel kültürün gelişimi olarak tanımlanabilir (Walsh, Hughes ve Maddox, 2002: 230). Toplam kalite yönetimi, altında bütünsel bir yönetim felsefesidir. Kalite ve müşteri memnuniyetini artırmak için bir kuruluşun gösterdiği faaliyetlerdir (Mani, Murugan ve Rajendran, 2003: 9).

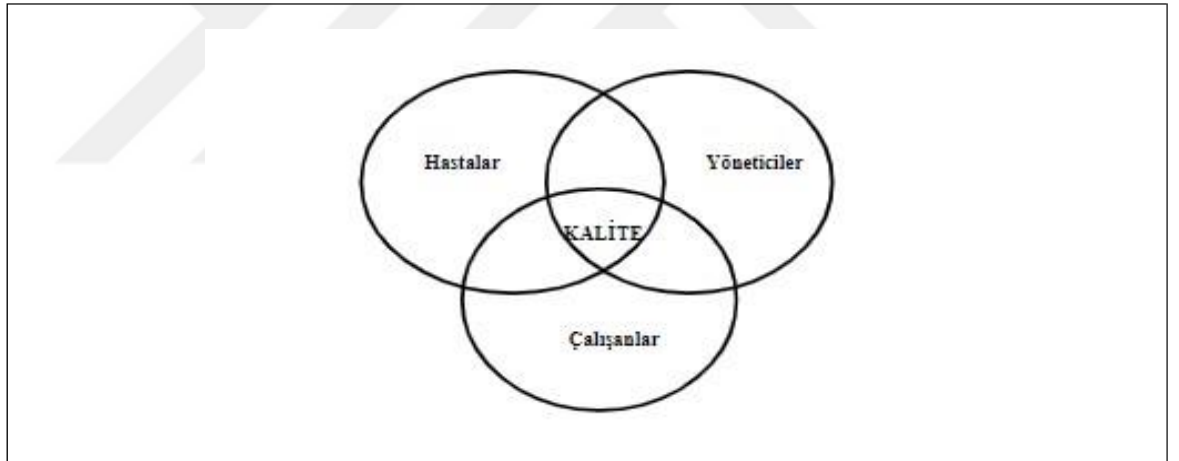
1980'lerden beri toplam kalite yönetimi, işletmelerin yönetim yeteneklerini geliştirdiği, performansı iyileştirdiği ve kalite ve mükemmelliğe ulaştığı en popüler yönetim felsefeleri / teorilerinden biri olarak kabul edilmektedir. Çoğunlukla bütünsel bir yönetim felsefesi olarak tanımlanan toplam kalite yönetimi, sürekli organizasyonel iyileştirmeler sağlayarak ürünleri ve süreçleri sürekli iyileştirmeyi ve diğer faydaların yanı sıra herkesin katılımıyla müşterilerin beklentilerini aşmayı amaçlamaktadır. Toplam kalite yönetimi oluşturma zihniyeti, sürekli eğitim ve yeni uygulamalar oluşturarak ve günlük çalışma yaşamında toplam kalite yönetimi ilkelerini, araçlarını ve tekniklerini uygulamak için gereken davranış, motivasyon ve tutumları sürdürerek oluşturulur (Talapatra, 2021: 15).

Toplam kalite yönetimi felsefesi, onu benimseyen kuruluşlara birçok fayda sağlar. Toplam kalite yönetimi kuruluşlarda; kusurların giderilmesi, azalan hurda ve yeniden işleme, düşük maliyet seviyeleri, artan verimlilik ve üretkenlik seviyeleri, artan çalışan morali ve motivasyonunu sağlar (Walsh, Hughes ve Maddox, 2002: 231). Toplam kalite yönetimi, kurumun tüm süreçlerinde kaliteyi yükseltmeyi hedefler.

Böylelikle meydana gelmesi söz konusu olan hataların önüne geçer. Iskarta, fire, düşük kaliteli ürün, zaman kayıpları gibi tüm olumsuzlukları önler (Kayıkçı, 1999: 2). Bu nedenle özellikle işletmelerde toplam kalite yönetimi uygulanmaya başlamıştır. Toplam kalite yönetiminin isminde yer alan “toplam” kelimesi işletmenin tamamını ifade eder. Toplam kalite yönetim sisteminin kurumlarda uygulanması için tüm çalışanların sürece dâhil edilmesi gerekmektedir. Tüm çalışanların katılımı ile

çalışanların kendilerinden beklenen performansları yerine getirmesi aynı zamanda işletme performansını da arttırmaktadır. Tüm çalışanların katılımıyla müşteri istek ve beklentileri gerçekleştirilmiş olur. Toplam kalite yönetimi felsefesini benimseyen işletmeler müşteri beklentilerinin fazlasını sunmak için çalışmalarını yürütür. Toplam kalite yönetimi grup çalışmasıyla gerçekleştirilir (Gencel, 2001: 170). Kalite bilincine sahip bir kültürün benimsenmesiyle birlikte toplam kalite yönetimi uygulanması, organizasyonlarda döngüsel bir etkinin gerçekleşmesine neden olabilir. İyileştirilmiş kalite, müşteri memnuniyetinin artmasını sağlayabilir ve bu da ürün itibarının artmasına ve dolayısıyla satışların ve karların artmasını sağlayabilir (Walsh, Hughes ve Maddox, 2002: 25). Şekil 2.1’de çalışanlar, yöneticiler ve hastaların bir araya getirdiği toplam kalite yönetiminin şeması gösterilmiştir.

Şekil 2.1: Çalışanlar, Yöneticiler ve Hastaların İş Birliğini Gerektiren Toplam Kalite Yönetimi Modelinin Şematik Gösterimi



Kaynak: Çavuş ve Gemici, 2013: 247.

Toplam kalite yönetimi felsefesini uygularken ve geliştirirken, kuruluşların aşağıdaki faktörleri dikkate alması gerekmektedir: (Walsh, Hughes ve Maddox, 2002: 307). – Planlama: Önerilen tüm toplam kalite yönetimi programları uygun şekilde planlanmalı, izlenmeli ve gözden geçirilmelidir. – Eğitim ve öğretim: Çalışanlar, toplam kalite yönetimi ilkeleri konusunda kapsamlı bir şekilde eğitilmeli ve bu öğrenmeyi uygulamaya koymaları için zaman tanınmalıdır. Toplam kalite yönetimi yalnızca talimatla öğretilemez, gerçek öğrenme sürecinin gerçekleştiği sürekli uygulama ve gözlem yoluyla olur. – Motivasyon ve bağlılık: Üst yönetim, çalışanları

motive etmeli ve her zaman önerilen toplam kalite yönetimi faaliyetlerine aktif olarak bağlılık göstermelidir.

- Bilgi: Çalışanlara toplam kalite yönetimi programını başarıyla uygulamak için ihtiyaç duydukları tüm bilgiler sağlanmalıdır.

- Zaman: Yönetim sabırlı olmalıdır. Bir toplam kalite yönetimi felsefesi bir gecede uygulamaya konulamaz, ancak geliştirilmesi birkaç yıl sürecektir ve sürekli olarak gelişmesi gerekir. Çalışanlara, toplam kalite yönetimi yöntemlerinin yararlılığını takdir etmeleri ve bu yöntemlerin sağlayabileceği faydaları anlamaları için zaman verilmelidir.

- Maliyet: Bir toplam kalite yönetimi programı önemli miktarda yatırım gerektirebilir. Yönetim bu yatırımı uzun vadeli olarak görmeli ve bunu gelecek yıllarda ortaya çıkması muhtemel faydalara karşı değerlendirmelidir.

- Yönetim: Bir toplam kalite yönetimi stratejisinin uygulanmasını içeren geçiş dönemi dikkatli bir şekilde yönetilmelidir. Toplam kalite yönetimi kavramları ve yöntemleri, kuruluşun kültürünün ve yaşam tarzının bir parçası olarak kabul edilene kadar sürdürülmelidir. Toplam kalite yönetimi, organizasyonel süreçlerin sürekli iyileştirilmesi için sistematik bir yöntemi içerir, yüksek kaliteli ürün ve hizmetlerle sonuçlanır (Mani, Murugan ve Rajendran, 2003: 13).

2.4. Toplam Kalite Yönetiminin Temel İlkeleri

Toplam kalite yönetimi; müşteri odaklılık, üst yönetimin liderliği, kişilerin katılımı, önleyici yaklaşım, çalışanların eğitimi, sürekli iyileştirme ve gelişme gibi temel ilkelere sahiptir.

Müşteri odaklılık, rekabet üstünlüğü sağlamak için müşteri odaklılık toplam kalite yönetiminin en önemli prensiplerinden biridir (Aslan, 1999: 39). Müşteri memnuniyeti, toplam kalite yönetiminde kuruluşun en yüksek önceliği olarak kabul edilir (Akyüz, 2015: 28). Bu sebeple müşteri odaklı olma, müşteri ihtiyaçlarının anlaşılması ve bu ihtiyaçların karşılanması için ürün ve hizmetlerin bu doğrultuda sunulmasını amaçlayan bir süreç olmuştur (Gencel, 2001: 175). Toplam kalite yönetimi sadece dış müşteri olarak adlandırılmamakla birlikte aynı zamanda iç müşterinin de memnuniyetini ön planda tutar (Keskin, 2010: 13). Toplam kalite

yönetimi müşteri beklentilerini dikkate alarak, kusur ve hataların oluşturulmasının önüne geçer ve böylelikle müşteri şikayetlerini azaltır (Akyüz, 2015: 28). Müşterinin yerine geçerek, onun bakış açısıyla işletme çalışmaları yürütülmelidir (Aslan, 1999: 39). Müşteri kavramı iç müşteri ve dış müşteri olarak ikiye ayrılmaktadır (Kavuncubaşı, 2002: 292). İç müşteri; Sağlık işletmeleri ile organik ilişkisi bulunan kişi/kişileri veya sağlık işletmelerinde görev alan personelleri ifade etmektedir. Dış müşteri; Sağlık işletmelerinin vermiş olduğu hizmetlerden doğrudan ya da dolaylı olarak yararlanan kişi/kişileri veya işletmeleri kapsamaktadır. Sağlık işletmelerinin iç ve dış müşterileri Tablo 2.1’de gösterilmiştir.

Tablo 2.1: Sağlık Kurumlarının İç ve Dış Müşterileri

İç Müşteriler	<ul style="list-style-type: none"> • Kurumun personeli (hekim, hemşire vb.) • Paydaşlar • Danışmanlar
Dış Müşteriler	<ul style="list-style-type: none"> • Hastalar • Hasta ailesi ve çevresi • Ziyaretçiler ve refakatçiler • Devlet • Sigorta şirketleri • Dernekler • Medya • Tıbbi malzeme satıcıları • Eczaneler • İlaç Firmaları • Diğer sağlık kurumları • Anlaşmalı kuruluşlar

Kaynak: Kavuncubaşı, 2002: 292; Aktaran Erdem, 2007.

Üst yönetimin liderliği: Toplam kalite yönetiminin uygulanmasında başarılı olunması örgüt çalışanlarının yanında üst yönetiminin rolü de büyük önem arz etmektedir. Üst yönetimin katkısı, konuya sahip çıkması ve uygulamada yer alması toplam kalite yönetiminin bir örgütte kabullenilmesini ve uygulanmasını sağlar. Yöneticilerin işleyişte etkin rol alması bu sistemin başarılı bir şekilde işlenmesini sağlar (Akyüz, 2015: 28). Toplam kalite yönetimi yöneticiler desteklemelidir.

Kişilerin katılımı: Toplam kalite yönetiminin uygulanmasında örgütteki tüm çalışanların etkin bir şekilde katılması önemlidir. Karar alma süreçlerinde, süreç iyileştirme faaliyetlerinde çalışanların görüşlerinin alınması ve görüşleriyle tam katılımlarının sağlanması gerekir. İş yapan çalışan; işi en iyi bilen birey olduğu varsayılmakta ve işin daha iyi yapılabilmesi için çalışanların fikirlerini ortaya koyabileceği örgüt ortamının oluşturulması gerekir (Keskin, 2010: 14). Tüm örgüt çalışanlarının katılımıyla toplam kalite yönetiminin başarısı sağlanmaktadır (Gencel, 2001: 178). Çalışanların işletme süreçlerine katkı sağlaması için onları motive ederek, problem çözme yeteneklerini geliştirmesini sağlamak gerekir. Çalışanların yetenekleri işletmenin yararı için kullanılmalıdır.

Önleyici yaklaşım: Hata meydana gelmeden önce hatanın olmasını önlemek adına plan yapılması, çalışanları ve tedarikçileri eğiterek önlem alınması gerekmektedir. Uygun bir planlama çalışması ile daha sonra meydana gelebilecek olan hataların önüne büyük oranda geçilir (Akyüz, 2015: 29). Hataları aramak yerine bu hataların neden kaynaklandığına odaklanmak gerekir. Böylelikle bir sonraki oluşabilecek olan hataların önüne geçilir (Yıldırım, 2009: 184).

Çalışanların eğitimi: Toplam kalite yönetiminde çalışanların eğitilmesi çalışan hiyerarşisinde en üst seviyeden en alt seviyeye kadar bir firmada ya da organizasyonda yer alan bütün çalışanları kapsamalıdır. Eğitimler, çalışanların kendilerine olan güvenlerini artırır ve kuruluşun yükselmesine katkı sağlar. Eğitimlerde amaç çalışanlara farkındalık yaratmak, bilgi ve beceri kazandırmaktır. Böylelikle çalışanların iş performansı artar ve hata yapma oranları azalır (Keskin, 2010: 16). Çalışanlara eğitim verildiğinde, çalışanların bilgi düzeyleri artar, bu durum işletmenin büyümesine katkı sağlar.

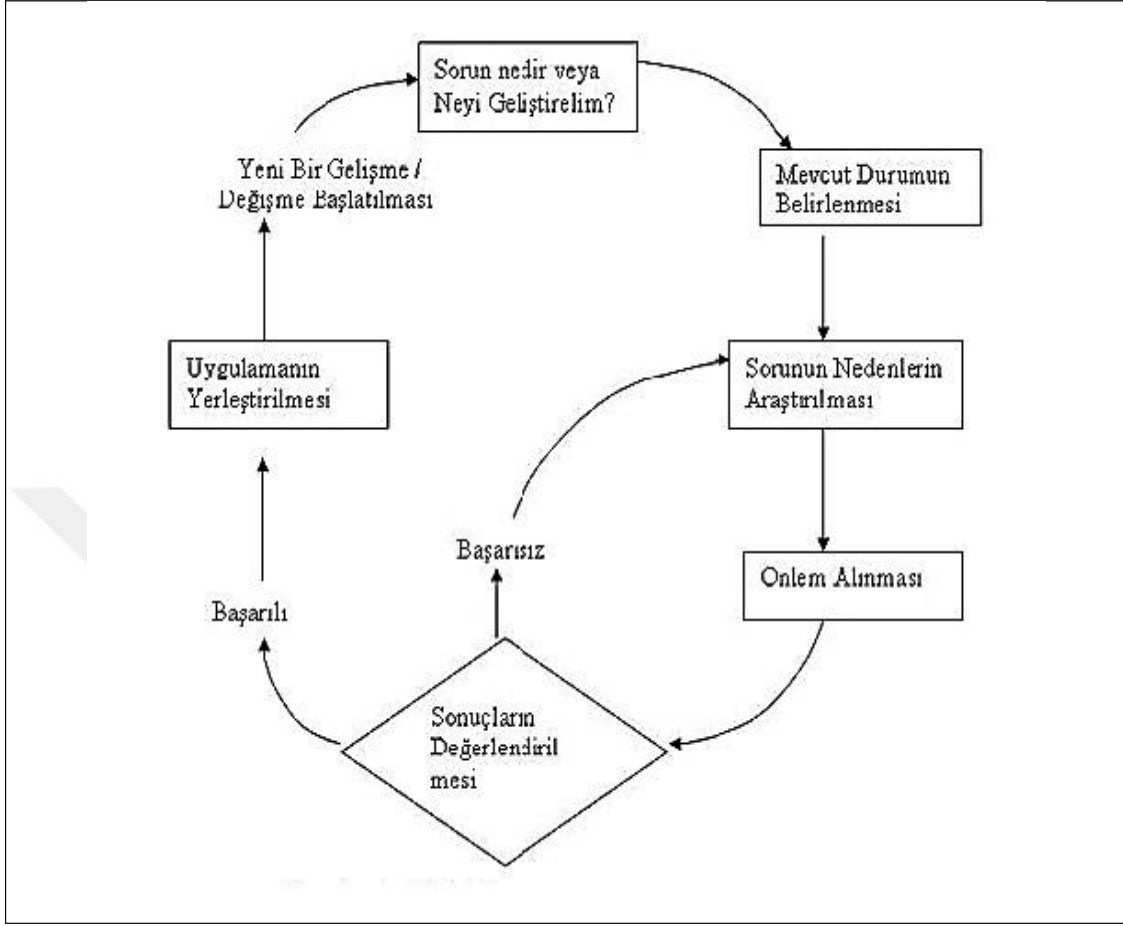
Sürekli iyileştirme ve gelişme: İşletmeler kendilerine hedefler belirler ve bu hedeflerin sonucu ne olursa olsun bununla yetinmezler ve sürekli daha iyiye ulaşma çabası içerisinde olurlar. Sürekli iyileştirme, işletmenin organizasyon şemasında yer alan tüm birimlerin, çalışanların ve işletmenin çevresindekilerin destekleriyle gerçekleştirilir (Yıldırım, 2009: 183). Toplam kalite yönetiminin en temel faaliyeti sürekli gelişmedir. Sürekli gelişme, müşteri ihtiyaç ve beklentilerini karşılamada, ürünlerin gelişmesinde katkı sağlar. Artan rekabet ortamında işletmelerin ayakta

kalabilmeleri için, işletmenin yakın ve genel çevresini sürekli takip etmesi ve işletmelerin hedeflerine ulaşabilmeleri için değişimlere uyum sağlaması gerekmektedir. Kaizen yani sürekli gelişme; çalışanların, orta düzey yöneticilerin ve üst düzey yöneticilerin katılımıyla işletmelerde iyileştirmeler gerçekleştirilir.

Toplumsal sorumluluk: İşletmeler her şeyden önce müşterilerine karşı sorumludurlar. İşletmeler müşterilerin istek ve beklentilerini takip etmeli ve müşterilerin beklentilerini karşılamak amacıyla ürün ve hizmetlerin kalitesini arttırmalıdır. Öncelikle iç müşterinin yani çalışanların tatmin olması gerekmektedir. Çalışanlar tatmin olunca işletmeye ve işletmenin amaçlarına karşı kendilerini sorumlu hissedecekler ve böylelikle iyi bir hizmet sunmuş olacaklardır. Kar eden işletmeler vergi ödeyerek de topluma katkıda bulunacaklardır (<https://www.mevzuatdergisi.com/2002/07a/02.htm> 15 Şubat 2020). Ayrıca toplum sağlığını korumak için işletmeler gerekli önlemlerini almaya dikkat etmeli ve sağlık kuruluşlarına destek vermelidir (Akyüz, 2015: 30).

İşletmelerde kalite düzeyinin sürekli olarak iyileştirilmesi için; önerilere açık olunması ve bu önerilerin iletilebilmesi için öneri sisteminin kurulması, sorunların oluşmasını önlemek için gerekli önlemlerin alınması ve sorun çözme ekiplerinin oluşturulması, alınan kararların isabetli olması için istatistiki kontrol sisteminin uygulanması, kurumda görev alan personelin kendi kendini kontrol altında tutması gerekmektedir. Dinamik bir süreç olan sürekli iyileşme için; kendini sürekli yenileyen, değişime açık yönetici ve çalışanlar gerekir. Bu sürecin dört aşaması vardır. Bunlar Deming'in PUKO döngüsünde "Planlama, Uygulama, Kontrol Et ve Önlem Al" şeklindedir (Aktan ve Saran, 2007: 503). "Planlama, Uygulama, Kontrol Et ve Önlem Al" döngüsü Şekil 2.2de gösterilmiştir.

Şekil 2.2: Planla, Uygula, Kontrol Et, Önlem Al Döngüsü



Kaynak: Aktan ve Saran, 2007: 503.

2.5. Toplam Kalite Yönetiminin Yararları, İşlevi

İşletmenin yarışma gücünü yükseltmesi için var olan yaklaşımlardan en önemlilerinden biri de toplam kalite yönetimini benimsemiş olmasıdır. Toplam kalite yönetimini benimseyen işletmelerde herhangi bir süreçte yaşanan olumlu veya olumsuz durumlar diğer süreçleri de aynı şekilde etkiler. Bir süreçte olumlu bir fayda sağlandıysa diğer süreçte de olumlu bir fayda sağlanmasına yol açar (Soyük ve Yenidikici, 2015: 22).

Böylelikle artan rekabet ortamı ve küreselleşme nedeniyle işletmelere birçok yarar sağlamıştır. Ürün ve hizmet kalitesinin iyileştirilmesi, kaynak israfının önüne geçilmesi, maliyetlerin azaltılması, müşteri memnuniyetinin artması, çalışma

hayatının kalitesinin ve çalışan motivasyonunun yükselmesi, verimliliğin artması gibidir (Yıldırım, 2009: 185). İşletmeler toplam kalite yönetimi ile aynı anda hem kalite üstünlüğünü hem de maliyet üstünlüğünü elde edebilmektedir. Yeni teknoloji ve artan rekabet koşullarında çalışanların önerileri büyük önem arz etmektedir (Ada, 2010: 43). Bunun yanında toplam kalite yönetiminin sağlık hizmetlerinde sağladığı yararlar aşağıda sunulmuştur (Aktan ve Saran, 2007: 505):

- Hastaların istek ve beklentilerine önem verilir, hasta ihtiyaçları dikkate alınır ve hasta odaklı yönetim anlayışı doğrultusunda hareket edilir

- Ekip çalışmasıyla birlikte görev dağılımı yapılır, bir işten bir kişi sorumlu tutulmaz. Yatay örgütlenme ile sorumluluklar farklı birimlerdeki ekipler arasında dağıtılır.

- Problemlerin ortaya çıkmasını önlemek için önceden tedbirler alır, sıfır hata anlayışını benimseyerek hataların kaynağı bulunur.

- Çalışanlara sürekli eğitimler verilerek bilgilerin güncel olması ve çalışanların gelişmesi sağlanır.

- Çalışan personel kendisini denetler ve böylelikle sürekli teftiş ve kontrol olmaz.

- Sağlık yöneticileri karar verirken toplam kalite yönetim teknikleri ve araçlarını kullanıp veriye dayalı kararlar verirler.

- Yönetici ve çalışanların iş birliği içerisinde ortak amaçlar için hareket eder, emir ve talimatlara dayalı otorite, disiplin sistemi olmaz. Karşılıklı iş birliğine dayalı yönetim anlayışı olur.

- İşe giriş ve kariyerinde ileri basamaklara çıkma kriterleri açık ve adaletli bir şekilde olur, kayırmacılık ve adaletsizlik yapılmaz.

- Kurumun vizyon ve misyonu belirlenir ve çalışanlar kurumun vizyonu ve misyonunu benimser, bu doğrultuda işlerini yürütür.

- Stratejik planlamalar yapılır.

- Çalışanın özellikleri ve performansı dikkate alınarak ücret politikası uygulanır.

2.6. Toplam Kalite Yönetimi ile Klasik Yönetim Anlayışının Karşılaştırılması

Toplam kalite yönetimine ilişkin klasik görüşler, örgütsel yapı ve işleyiş açısından farklılık gösterir. Yöneticilerin rolü, toplam kalite yönetimi ile diğer yaklaşımlar arasındaki en ehemmiyetli ayrımlardan biridir. Toplam kalite yönetimi ile yöneticiler, çalışanlarının fikirlerine değer verir ve onları karar alma sürecine dâhil eder. Toplam kalite yönetiminde yöneticiler esas olarak koçluk (denetimsiz) ve danışman olarak hareket ederler. Toplam Kalite Yönetimi, paydaşlar (müşteriler, çalışanlar, tedarikçiler vb.) ile işbirliğine dayalı bir sistemdir. Bu sistemde her bir paydaşın görüşleri dikkate alınmakta ve değerlendirilmektedir. Toplam kalite yönetiminin amacı çatışma değil, müşteri memnuniyeti, işbirliğidir. Kaliteli bir ürün/hizmet için tüm organizasyonu yönetmeye odaklanır. Ana unsurları şunlardır: çalışan bağlılığı, kıyaslama, müşteri odaklılık, sürekli iyileştirme. Klasik yönetim anlayışında yönetimin temeline “yönetim ve kontrol” ilkesi konulmuştur. Bu anlayışa göre yöneticiler, çalışanlarına belli bir mesafe koyar ve onları katı bir hiyerarşik anlayışa göre yönetirler. Böylece yöneticilerin astlarının işleri üzerinde daha fazla kontrole sahip olacaklarına ve astların üstlerine karşı daha saygılı olacağına inanılmaktadır. Bu anlayış, toplam kalite yönetimi anlayışı ile değişmiştir (Ekinci, 2019: 15). TKY ile kalite yönetimine klasik yaklaşım arasındaki farklar Tablo 2.2’de gösterilmektedir.

Tablo 2.2: Toplam Kalite Yönetimi ile Klasik Yönetim Anlayışının Karşılaştırılması

KLASİK YÖNETİM ANLAYIŞI	TKY ANLAYIŞI
Muayene yoluyla kalitenin sağlanması	Önlemeye yoluyla yönetmek ve kaliteyi sağlamak
Kalitenin yükselmesi ile maliyetlerin artması	Kalitenin yüksek olmasıyla maliyetlerin düşmesi
En iyi, en uygun stoğun sağlanması	Stoğun olmaması
Teknik özellik limitleri arası üretim	Hedeflenen değerlerde yönetimin sağlanması
Artan sorunlar için geliştirilen yönetim	Sorunların ortaya çıkmadan düşünülmesi ve

	önlemeye yönelik yönetim yaklaşımı
Uzmanlaşmanın beraberinde getirdiği geliştirilmiş sistem yaklaşımı	Sistem geliştiriminin işbirliği ile sağlanması yaklaşımı
Üretimde yaşanan hata boyutlarının kabul edilebilir seviyede olması	Üretim gerçekleştirilirken sıfır hata olmasını sağlamak
Organizasyon yapısında bölümlerin kesin ayrımı	Organizasyon yapısının esnek olmasıyla birlikte işin ideal bir şekilde sürdürülmesi
Motivasyonun sağlanması için ödül ve ceza yönteminin kullanılması	Motivasyonun etik çalışma ile sağlanması ve bu durumun takdir edilmesi
Önceliklerin alt-üst yönetimine dayalı olması	Ürün kalitesinin müşterinin ihtiyaç ve beklentisini karşılması
Yarışmaya dayalı tedarik sisteminin olması	Tedarik sisteminin karşılıklı güven ve anlayışla yürütülmesi
Maksimum kar elde edilmesi için güdülenme	Performansı arttırmayı amaçlayan güdüleme
Uluslar arası standartlara göre oluşturulan ulusal kalite	Ürün kalitesinin yüksek olması ve müşterilerin ihtiyaçlarını karşılması
Kalite güvencesinin kalite kontrol sisteminin sorumluluğunda meydana gelmesi	Kalite güvencesinin işi yapan çalışanların sorumluluğunda olması
Kalite güvencesinin pazarlama ve AR-GE sorumluluğunda olması	Ürün geliştirmede üreten ve satış yapanların katkısının olması
En uygun miktarda fire ve yeniden işleme	Hatasız üretim ve yeniden işleme
En uygun miktarda 1.Kalite/2.Kalite oranı	Üretimin yalnızca 1.kalitede olması
Zaman içerisinde hızla gelişme sağlanması	Köklü ve nitelikli değişmelerde hızla gelişme sağlanması
Yerinde eğitim ile yetkinliğin artması.	Temel eğitiminde iş başı eğitimi kadar bilgi ve becerilerin geliştirilmesini sağlanması

Nitelikli personelin getirdiği verimlilik	Güçlü ürün dizaynı ile sağlanan verimlilik artışları
---	--

Kaynak: Türedi, 2012: 32.

Toplam Kalite Yönetimi, klasik yönetim yaklaşımından çok daha rekabetçidir. Ancak TKY'nin başarılı, tutarlı ve kalıcı olabilmesi için tüm süreçlerinin benimsenmesi ve uygulanması gerekmektedir. Toplam kalite yönetim sistemi bilimsel bir yaklaşımdır ve insana değer verir (Özeroğlu, 2015: 548).



3. SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE YÖNETİMİ

3.1. 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:

Amerikan Kalite Kontrol Derneğinin tanımına göre kalite; bir mal veya hizmetin belirli bir gerekliliği karşılayabilme yeteneklerini ortaya koyan karakteristiklerin tümüdür (Amerikan Kalite Kontrol Derneği, ASQC). Bir malın veya hizmetin tüketici isteklerine uygun olma derecesi şeklinde de kısaca tanımlanabilir (Avrupa Kalite Kontrol Organizasyonu, EOQC). Japon Sanayi Standartları da kaliteyi, mal veya hizmeti ekonomik yollardan üreten ve bunu yaparken tüketici isteklerini dikkate alan bir üretim sistemidir (Japon Sanayi Standartları, JIS). Türkiye’de ISO ve TSE kurumlarının tanımlarına göre de kalite bir mal ya da hizmetin belirlenen veya olabilecek ihtiyaçları karşılama yeteneklerinin toplamı şeklinde tanımlanmıştır. Ayrıca Feigenbaum kaliteyi, kullanılmakta olan bir mal ya da hizmetin müşteri beklentilerine cevap verebilen ve pazarlanabilirliği sağlayan özellikler toplamı şeklinde tanımlamıştır. Ishikawa’ya göre kalite tüketiciyi tatmin eden en kaliteli ürünü geliştirerek, onun üretimini ve tasarımını yaparak kalite süreçlerinden geçirecek satış sonrası hizmetler sunan bir süreçtir. Crosby’ya göre de bir ürünün gerekliliklerine uygunluk derecesi kalitenin tanımı olarak ifade edilmiştir. Yukarıda belirtilen tanımlara göre kalite; minimal zararlar ürünün sevkiyatı, amaca ve kullanıma uygun olma durumu ve müşterilerin şimdiki ve gelecekteki ihtiyaçlarını karşılamayı hedefleyen bir süreçtir (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 kalitenin tanımı konusunda literatürde birçok tanımlar yapılmış olmasına karşılık şu üç tanım en çok çıkmaktadır: Hizmet sürecinde beklenen kazançlar ve kayıplar hesaba katıldıktan sonra, hastanın iyilik halinin kapsamlı bir ölçüsünün en üst düzeye çıkarılması arzu edilen hizmet sağlıkta kalite olarak tanımlanmıştır Donabedian'a (1980: 5). Sağlık hizmetlerinde kalite insanların yaşam kalitelerinin sürelerinin iyileştirilmesine sürekli bir biçimde katkıda bulunan hizmet olarak da tanımlanmıştır. Topluma ve bireylere sunulan sağlık hizmetlerinin, arzu edilen sağlık sonuçlarına ulaşabilme ve bilgiyle tutarlı olma derecesi olarak da tanımlanmıştır (Arısoy, 2017: 1087).

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 yansıtıtları, 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 en temel hedefi rekabet yarışında başarılı olmaktır. Dolayısıyla günümüz iş dünyası için önemli ve gerekli olan modern bir yönetim yaklaşımıdır. Toplam Kalite Yönetimi Feigenbaum tarafından müşteri tatmini sağlayacak en ekonomik bir mal veya hizmeti üretebilmek açısından bir işletmede kalite geliştirme, kaliteyi koruma ve iyileştirme çabalarının bütünleştirilmesi bakımından önemli bir sistemdir şeklinde tanımlanmıştır

(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).

3.2. Sağlık Kurumlarında Toplam Kalite Yönetiminin Tarihsel Gelişimi

Kalite konusu üretimin başlamasıyla beraber, primitif yol ve yöntemlerle yapılan kontrol ve ölçümlerle ortaya çıkmıştır. Kalitenin tarihçesi incelendiğinde M.Ö. 2150 yılında Hammurabi Kanunlarının 229. Maddesinde kaliteye atıfta bulunulmuştur. Bu maddede bir inşaat ustasının sağlam olmayan bir ev yapıp daha sonra bu evin çökmesi durumunda o inşaat ustası idam edilir şeklinde bir ifade yer almaktadır. (Şimşek, 2004: 15).

Orta Çağ Avrupası'nda yetişen zanaatkârlar, imal ettikleri ürünlerin kalitesinden kendileri sorumluydu. Türklere özgü olan, temeli 13. yüzyıla dayandırılan, esnaf ve sanatkârlar birliği olan Ahilik teşkilatında benzer malları üretip satan dükkânların birbirlerine yakın yerlerde faaliyet göstermeleri birbirlerini izleyebilmeleri 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). II. Beyazıt tarafından çıkarılan “Kanunname-i İhtisab-ı Bursa'da Osmanlı döneminde yer alan esnaflara ait bilgiler bulunmaktadır. Bu bilgiler arasında satılan malların bir takım kalite özelliklerinin bulunması gerekliliği 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 tarihi, MÖ 5. yüzyılda Hipokrat tarafından yazılan profesyonel davranış kurallarına dayanmaktadır. Tıbbi uygulama standartlarını belirleyen 2000 Mısır papirüsünün yazılı belgelerini içerir. Bu belgelerin dışında iyi bir uygulama örneği, Zhou Hanedanlığı'nın tedaviye başlamadan önce doktorların muayene edilmesini istediği Zhou Hanedanlığı'dır. Hekimlere ödenen ücretlerin hasta sonuçlarına göre belirlenmesinin uygun olacağı belirtildi. 1000 yılında İran'da hekimlik yapan kişilerin bilgisi bir sınavdan geçerek ölçülmelidir. Sağlık hizmetlerinde kalite yönetiminin temel prensibi, sanayi devrimi öncesi zanaat modeline dayanan bir sistemdir. Bu kapsamda doktor, hemşire, teknisyen gibi tacirlere yönelik eğitim ve sertifikalandırma çalışmaları yapılmış, gerekli malzeme ve donanım sağlanarak sağlık hizmeti verilmiştir. 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 yetersiz verimle 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 ilkdefa görevi yapılmış olan işleri kontrol ederek hataları tespit etmek olan

“muayenecilik” mesleği ortaya çıkmıştır. Bu sebeple üreticileri de koruyan bir sistemin gerekliliği düşüncesiyle, kalite kontrol aşamasına geçilmiştir (Efil, 2010: 21).

- **İstatistiki Kalite Kontrol:** Partiler halinde üretim yapan işletmelerde üretilen ürünlerin %100 kontrolünü yapmak zor, zaman alıcı ve maliyetlidir, yani üretilen ürünlerden alınan bazı numuneler istatistiksel yöntemlerle incelenip kontrol edilmiştir. Bu şekilde elde edilen sonuçlar yığının tamamı hakkında bilgi sağlamıştır. (Ertürk, 1996: 189). Bu konudaki ilk düzenli araştırma matematikçi D tarafından yapılmıştır. Bu, Walter A. Shewhart'ın çalışmalarıyla başlamıştır. 1924 yılında Shewhart, Bell Laboratuvarlarında proses kontrol ve istatistiksel kontrol üzerine yaptığı çalışmada ekonomik kalite kontrol için yapılması gerekenlerden bahsetmiştir. (Ayan, 2001: 31). Bu gelişmeler ışığında kalite kontrol araştırmaları üretim departmanının sorumluluğundan ayrılarak bağımsız bir departman olarak yerini almıştır. II. “İstatistiksel kalite kontrol” aşamasına geçiş, büyük hacimlerde normal malzeme gerektiren Büyük Vatanseverlik Savaşı koşullarından etkilendi. Bu aşama, en iyi tasarım doğrulama aşamasının gelişidir. Müfettişler, numune alma planları ve kontrol çizelgeleri gibi bir dizi araç ve yöntemle donatılmıştır. Aynı türden işler birleştirildiğinde, kalite kontrolden sorumlu kişi, bu işlerde çalışan işçilere nezaret eden “ustabaşı” olmuştur (Gözlü, 1994: 54).

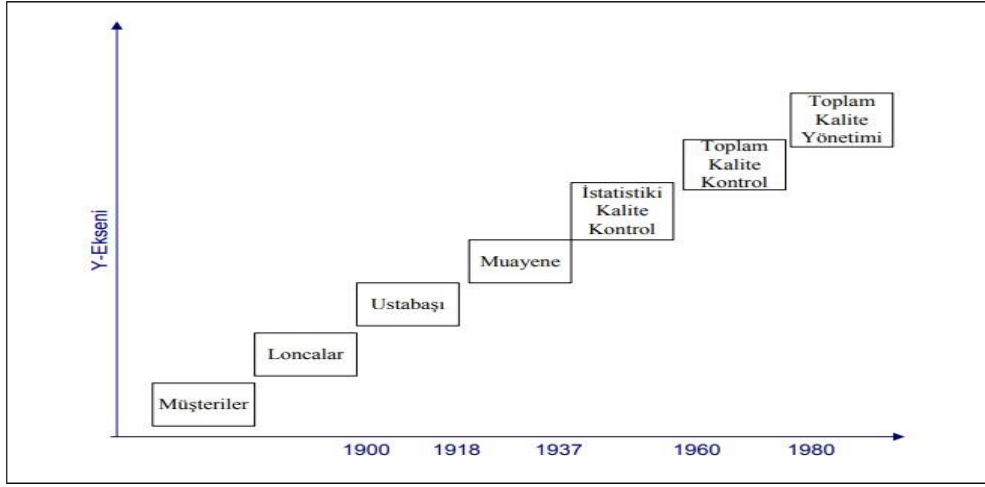
- **Kalite Güvencesi:** II. Dünya Savaşı sırasında ordunun artan tüketici talepleri bağlamında, kalite kontrolünden geçen ürünlerin tüketicilerin gerekli ihtiyaçlarını karşılamadığı ortaya çıktı. Çünkü fabrikadan çıkan tüm ürünlerin kabul kriterlerini karşılaması gerektiği anlaşıldı. Bunun da üretimde kalite kavramının gelişmesi ile mümkün olacağı belirlenmiştir. Sonuç olarak, tüm ürünlerin kalite gereksinimlerini karşılamak için yapılması gerekenler kalite güvencesinde ifade edilmektedir. Özellikle askeri alanda yüksek performans ihtiyacı, belirli standartların tanımlanmasını zorunlu kılmıştır. Bu amaçla NATO (Kuzey Atlantik Antlaşması Örgütü) üyeleri bir araya gelerek Kalite Güvence Sistemini oluşturmuştur. Başlangıçta askeri alanda oluşturulan ve yaygınlaştırılan kalite güvencesi kavramı, bir rekabet unsuru olması nedeniyle imalat sektöründeki diğer kuruluşlar tarafından da benimsenmiştir (Türk Standartları Enstitüsü, 1997).

- **Toplam Kalite Kontrolü:** II. Dünya Savaşı'ndan sonraki yıllarda teknolojideki gelişmeler üretim sürecini etkilemiş, değişen işler ve çalışma koşulları, karar vericiler ve denetleyiciler arasında bir geri bildirim ve koordinasyon mekanizmasını zorunlu kılmıştır. Sonuç olarak "Toplam Kalite Kontrol" aşamasına geçilmiştir. Böylece kalite kontrol süreci, tasarım aşamasından başlayarak ara girdileri, süreç adımlarını ve nihai sonucu içerir ve bu adımlar izlenerek süreç iyileştirilmeye çalışılır. "Toplam kalite kontrol" terimi ilk kez 1950'lerde Feigenbaum tarafından kullanıldı. Ishikawa, toplam kalite kontrol kavramını Japon kalite hareketi ile bütünleştirerek firma çapında kalite yönetimini tanımlamıştır (Bedük, 2011: 5). Feigenbaum'a göre toplam kalite kontrolünü; müşterilerin istek ve ihtiyaçlarını en ekonomik biçimde yerine getirebilecek şekilde işletmelerde kalitenin oluşturulması ve bunun sürdürülebilir şekilde devam ettirilmesi şeklinde tanımlamıştır (Yeşilbayır, 2007: 40). Toplam kalite kontrol ile çalışanlardan yöneticilere kadar tüm çalışanlar arasında iletişim ve işbirliği, ortak kalite hedefleri, büyüme ve amaç birliği sağlanmaktadır. Bu durum çalışanların motivasyonu ve verimliliği üzerinde olumlu bir etkiye sahiptir. Toplam kalite kontrolün temel ilkeleri şunlardır: Kalite bilinci: Kuruluşların esas hedefi kalite ise, uzun dönemde müşterilerinin güvenini kazanacak, pazar paylarını artıracak ve dolayısıyla karlarını artıracaktır.

- **Tüketiciye Yönelik Kalite Kontrolü:** Müşterilerin ihtiyaçlarını dinlemek ve onların isteklerine göre ürünler üretmek. İstatistiksel yöntemlerin kullanımı: Üretim süreci istatistiksel kalite kontrol yöntemleri kullanılarak kontrol edilmelidir.

- **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 insana en ön sırada değer vermeyi gerektirmektedir. Toplam kalite modelinin temel prensibi hataları ayıklamak yerine hata yapmamak yaklaşımını dikkate almaktır. 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 3.1'de gösterilmektedir.

Şekil 3.1: Kalitenin Tarihsel Gelişimi



Kaynak: Şimşek, 2001: 17.

Kalite kavramının ortaya çıktığı ilk ülke Amerika Birleşik Devletleri olurken, ilk uygulayan ülke Japonya olmuştur. Japonlar kalite kavramıyla 1945'lerin sonlarında tanışmış, 1970'lerde ise kalite kavramını benimsemiş ve etkin bir şekilde kullanmışlardır. Japonlar, ucuz ve kalitesiz ürünler yerine yüksek kaliteli ürünler üretmeye başladı. Japonların kalite kavramına olan aşinalıkları ve ürünlerinin kalitesindeki hızlı değişim, W. Edwards Deming, Masaki Imai, Kaoru Ishikawa gibi kalite tutkunlarının çalışmaları ile pekiştirilmiş ve rakip ülkelerin dikkatini çekmiştir (Yücel, 2007: 5).

1980'ler "mükemmel kalite ve rekabet" çağını başlattı. Kalite sistem belgelendirmesi, 1980'lerin ilk yarısında Birleşik Krallık'ta yaygın olarak kullanılmaya başlandı. Uluslararası ilişkilerin genişlemesi ile bağlantılı olarak ISO, 1987 yılında ISO 9000 serisi kalite güvence standartlarını yayınlamıştır (Efil, 2010: 23). İlerleyen yıllarda uzman gruplarının rehberliğinde çeşitli 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.

3.3. Sağlık Kurumları Odaklı Toplam Kalite Yönetimi İlkeleri

Toplam Kalite Yönetimi prensiplerinin birçoğu ilk olarak kalite uzmanları Deming, Juran ve Feigenbaum tarafından tanıtıldı. Daha sonra bu ilkelere yeni ilkeler 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

3.3.1. Hasta Odaklılık

TKY, müşteri kavramını iç müşteri ve dış müşteri olarak ikiye ayırır. İç müşteri, kuruluştaki mal ya da hizmetin üretiminden ve sunulmasından sorumlu çalışanlardır. Dış müşteri ise, mal veya hizmet sunulan kişi veya kuruluştadır. Dış müşteri memnuniyetine giden yol öncelikle çalışanı mutlu etmekten geçer. Çalışan memnuniyeti denilince akla gelen çoğunlukla 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 “ürettiğini satan” olmaktan çıkarıp, “*satılabileni üreten*”e dönüştürmüştür. Satılabilenin ne olduğunu bilmek, müşterinin gözle görülen elle tutulan isteklerinin yanında gizli isteklerini de tespit edebilmek için müşteri ile yakın ilişki içinde olmak ve “*kaliteyi müşteri belirler*” anlayışını özümsemek 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, uygulamaya geçirmesi en zor olan ancak uzun vadede organizasyona en çok katkı sağlayacak olanıdır. Çünkü günümüzde kabul gören gerçek rekabetin ana amacı müşteriye ikna etmektir. Müşteriyi ikna eden, 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 hizmetlerinin en çok sunulduğu organizasyonlar Kamu kurumlarıdır. Bu organizasyonlarda müşteri tatmininin sağlanabilmesi için çalışanların mükemmel yakın hizmet sunmaları açısından mutlaka desteklenmeleri gerekmektedir. Ayrıca sistemlerin ve alt yapıların 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. Bir diğer önemli işlevi de 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).

3.3.2. Hataları Önleyici Yaklaşım

TKY'nin felsefesi hata yapmak değil hata ayıklamaktır. Doğru planlama, önleyici bir yaklaşımın temelidir. Kapsamlı ve dikkatli detaylı planlama ile sonradan oluşabilecek birçok hata daha oluşmadan önlenir. Her ne kadar bütün hata kaynaklarını öngörmek mümkün olmasa da, potansiyel hatalara karşı hazırlıklı olmak hazırlıksız olmaktan çok daha karlıdır (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 çıkarılabileceği zararlar üzerinde durularak tekrarlanmasının önlenmesi çalışmalarını kalite maliyetlerini de azaltacaktır. Sağlık çalışanının hata yapmaması gerekir. Bu kapsamda ortaya çıkabilecek hataların önlenmesine yönelik alınacak tedbirler hayati öneme sahiptir.

3.3.3. Tam Katılım ve Takım Çalışması

TKY “*Bir işi, en iyi yapan bilir.*” esas prensibinden yola çıkarak işle ilgili süreçlerin iyileştirilmesi ve geliştirilmesinde işi yapan kişinin katılımına büyük önem vermektedir. Katılımı ve iletişimi artırmak için tüm öğrenme ve beceri geliştirme faaliyetleri desteklenmelidir (Bedük, 2011: 5). Toplam Kalite yönetimi ile şirketin tüm çalışanlarının ortak amaç, hedef ve stratejilerde birleşmesi ile istenilen kalite düzeyine ulaşılabilir. Bir sağlık kuruluşunun hedefine ulaşabilmesi için çalışanların yönetim faaliyetleri dahil kurumdaki tüm faaliyetlerde inisiyatif almaları ve yaratıcılıklarını göstermeleri önemlidir (Şimşek, 2006: 38).

Herkesin kaliteli araştırmalara katılmasını sağlayan bir ekip ruhu oluşturmak, kaliteyi yükseltmekle kalmaz, aynı zamanda insanların moralini yükseltir ve motivasyonlarını olumlu yönde etkiler. Bu tür ekiplere örnek olarak serbest meslek sahibi ekipler, problem çözme ekipleri, kalite kontrol ekipleri ve kilit organizasyonel ekipler gösterilebilir. Ekip çalışması ile daha değişken bir organizasyon yaratılarak hem çalışanlar hem de müşteriler ile daha yakın ilişkiler kurulması arzu edilir. Bu tür

ekiplerin oluşturulmasındaki amaç müşteri memnuniyetini arttırmaktır. Kurumların fırsatları ne kadar iyi değerlendirebildiği, yetenekli insanları bir araya getirebildiği, ekipler oluşturup yönetebildiği ile doğru orantılıdır (Top, 2009: 122). Hastanelerde etkin ekip çalışması sonucunda hizmet eksiklikleri giderilir, tekrarlar ortadan kaldırılır, hasta bakım kalitesi artırılır, hastanede kalış süreleri azaltılır, bu da zamandan, işçilikten ve maliyetten tasarruf sağlar (Saygılı ve Özer, 2020: 447).

3.3.4. Sağlık Hizmetini Sürekli Geliştirme

Toplam kalite yönetiminin en etkili faktörlerinden biri kesintisiz geliştirmedir. Bu ifadenin Japonca ifadesi Kaizen'dir. Bu kelimedeki geçen Kai ifadesi değişimi, Zen ifadesi de daha iyi anlamına gelmektedir. Kaizen kelimesi, dinamizm ve sürekli daha iyiyi hedefleyen bir felsefe ve yaşam tarzıdır. Japonlara göre bireyin evinde, işinde, sosyal yaşamında her gün bir gün önceki halinden daha iyi olması için çaba göstermesini anlatır (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 kesintisiz iyileştirmenin sağlanması kurumsal olarak işleyen etkili bir performans yönetim sürecinin varlığına bağlıdır. Bu bağlamda sağlık organizasyonları için oluşturulacak sürekli geliştirme faaliyetleri için öncelikle kurumsal performansını 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 (sebep- 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 yürütülen sürekli geliştirme faaliyetlerinin olumlu katkılarından öncelikle hastalar ve yakınları, sonra sağlık çalışanları ve yöneticiler, daha sonrasında sağlık kurumu ve nihayetinde tüm toplum faydalanacaktır.

3.3.5. Üst Yönetimin Liderliği

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. “Mükemmelliği 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 etkili ve kesintisiz liderliği ile gerçekleşir. Müşterilerin beklentilerinin karşılanmasını organizasyonun temel hedefi olarak kabul eden liderler aynı zamanda organizasyonda çalışanlara stratejik bir bakış açısı kazandırır (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 dâhil 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.

3.3.6. 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 3.1'de gösterilmiştir.

Tablo 3.1: 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; Aktaran: Erdemir, 2015: 55

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 eğitim olmadan değiştirilemez. Eğitimin amacı, sağlık çalışanlarına beklenen kaliteyi minimum maliyet ile üretebilmelerini sağlayacak bilgi ve becerileri kazandırmaktır. Farklı düzeylerdeki sağlık çalışanlarının rollerini kalite çerçevesinde incelemek ve faaliyetlerini bu roller

çerçevesinde planlamak ve uygulamak mümkündür. Eğitim ihtiyaçları organizasyon yapısı, görev ve sorumluluklara göre değişiklik göstereceğinden ihtiyaca göre hazırlanmalıdır. Eğitimin hacmi, bilgi ve beceriler dikkate alınarak görevin özelliklerine göre belirlenir. Aynı zamanda çalışılan konular dinamik olmalı, değişim ve gelişmeler programa yansıtılmalıdır (Altunbağ, 2005: 98).

3.3.7. Tanı ve Tedavide Sıfır Hatayı Hedeflemek

Hatasız anlatılması gereken işi ilk seferde doğru yapmaktır. TKY, hataları yapıldıktan sonra düzeltmek yerine, hataları önleyecek planlar yapmak, önlem almak ve tüm çalışanları ve tedarikçileri eğitmek gerektiğini göstermektedir. Sağlık kurumlarında misyon, vizyon ve kültür bu doğrultuda oluşturulmalıdır. TKY'nin temel felsefesi, olası hataları ve kaynaklarını dikkate almak, tespit etmek ve önlem almaktır. Tüm önlemlere rağmen, beklenmeyen bazı hatalar meydana geldiğinde bunların sayısı ve sonuçları azdır ve tekrarlanmaması için önlemler alınabilir (Eren, 2016: 123). Hataları ortaya çıkmadan önlemek Poka - Yoke ismi verilen bir tekniktir. Japonca'da Poka beklenmedik hata, Yoke ise önleme anlamına gelmektedir (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 hastaların 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).

3.4. 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.

3.4.1. 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 öne sürdüğü temel ilkeler şu şekildedir (Taylor, 1911; Eren, 2016:3).

1. Yapılan iş eskisinden daha verimli bir şekilde yapılması için eski yöntemlerden vazgeçilip yeni yöntemler üretilmelidir. Bunun için hareket ve zaman etütleri yöntemlerine başvurulmalıdır. Üretim sürecinde gereksiz uygulamalar ortadan kaldırılmalıdır. Bu süreç üç ile beş yıllık bir zaman dilimi içerisinde gerçekleşebilir.

2. Yapılan işin en verimli bir şekilde yapılması için çalışanların mutlaka teşvik edilmesi gerekir. Bunu gerçekleştirebilmek için de çalışanlara, ücretleri dışında ödüller veya primler verilebilir.

3. Çalışanların işlerini kurallara uygun bir biçimde yapabilmesi için gerekli uygulamalar ve kuralları öğretebilecek tecrübeli ustabaşılar kullanılmalıdır. Kurallara uymayan çalışanlar uyarılmalıdır.

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 çalışmalarlarıyla birlikte hızla devam etmektedir. Hizmeti müşterinin ihtiyaç ve taleplerine yönelik dizayn ederek, aktiviteleri sürekli ve düzenli bir şekilde

sürdürebilecek yeterlilikte ve içerikte sistemler kurarak, personeli iyi eğiterek onların performanslarını artırarak sağlanacak hizmet kalitesi ile, organizasyonun maliyetleri düşürülerek, etkinlik ve verimlilik sağlanacaktır (Şekerkaya, 1997: 16).

3.4.2. Walter A. Shewhart'ın Kalite Felsefesi

1920 ile 1930 yılları arasında Bell Atlantic Laboratuvarlarında kalite iyileştirme konuları üzerine Shewhart isimli bir istatistikçi çalışmalarda bulunmuştur. Shewhart'ın "Economic Product Quality Control" (Ekonomik Ürün Kalite Kontrolü) adlı kitabı, endüstriyel üretimin kalitesini artırmada önemli bir kilometre taşıdır. Shewhart, üretimin her aşamasında beklenmedik değişikliklerin olabileceğini ancak örnekleme ve olasılık analizi gibi yöntemlerle bu değişikliklerin nedenlerinin anlaşılabilirliğini gösterdi. Shewhart'ın yöntemleri, kişinin ne zaman ve hangi durumlarda müdahale edip etmeyeceğini belirleyerek süreci kontrol etmenin mümkün olduğunu gösterdi. Herhangi bir işin yürütülmesine keyfi olarak sınırlar koyan Shewhart, ancak bu sınırlar aşılsa sisteme müdahale edilmesi gerektiğini savundu. Shewhart, performansı yakından izlemek, çalışanlar tarafından gerçekleştirilen işin ilerleyişini izlemek ve potansiyel olarak düşük kaliteli ürünleri belirlemek için kontrol limitlerinin ne zaman aşıldığını tespit etmek için kontrol listeleri geliştirmiştir. Daha sonra, Shewhart'ın örnekleme ve kontrol üzerine çalışması istatistikçi W. E. Deming'in dikkatini çekmiştir (Diken, 1995: 19). İstatistiksel süreç kontrolü Shewart ile başladı. İstatistiksel süreç kontrolü, istatistiksel yöntemler kullanarak sürecin normal şekilde sürüp sürmediğini kontrol etmektir. Ancak beklenti dışı bir durumu fark edip nedenlerini tespit edip ortadan kaldırmaktır. İstatistiksel araştırma yoluyla, gerçek problemler sürecin doğasında var olan değişkenlikten ayrıştırılır ve gereksiz müdahalelerden kaçınılır (Burnak, 1997: 61). Süreç yönetiminde istatistiksel araştırmalar, tıp kurumlarında hataların önlenmesi, hataların tekrarının önlenmesi, hastaların ve sağlık çalışanlarının korunarak hizmet sunulması, farklı fikirlerin keşfedilerek yaratıcı fikirler üretilmesi gibi pek çok fayda sağlayacaktır.

3.4.3. Joseph M. Juran'ın Kalite Felsefesi

Joseph M. Juran (1904–2008), Juran Enstitüsü'nün kurucusu ve başkanıydı. Ayrıca New York Üniversitesi'nde öğretim görevlisi olarak görev yaptı. Juran, bu görevlere ek olarak Western Electric Company'de kontrolör olarak çalıştı. Juran,

1950'de Kalite Kontrol El Kitabını, 1988'de Kalite Planlamasını, 1989'da Kalite Liderliğini ve 1991'de Yeni Kalite Yol Haritasını 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, "Juran'ın Trilajisi" olarak anılan üç süreçte kalite yönetimi anlayışını üç aşamada ortaya koydu: kalite planlama, kalite kontrol ve kalite iyileştirme. Bu üçleme aşağıda Şekil 3.2'de gösterilmektedir.

Şekil 3.2: Juran'ın Kalite Felsefesi



Kaynak: Akın vd., 1998: 97.

Kalite planlaması aşağıdaki adımları içerir:

- 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 net bir şekilde belirlenmiş, sorumlulukları olan bir proje takımı oluşturmak,
- 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 yönetileceğine odaklanan Joseph M. Juran, bir organizasyondaki kaliteyle ilgili sorunların kusur temelli süreçlerin %85'ini oluşturduğunu ve sorundan kendisinin sorumlu olduğunu savunan 85/15 kuralını savunur. Ayrıca bir kuruluştaki kalite sorunlarının en önemli kaynaklarının %85'inin yönetim kararları olduğunu iddia etmektedir. Juran, kuruluşlardaki kalite sorunlarının %85'inin kalite yönetim sisteminden, %15'inin ise insan faktöründen kaynaklandığını belirtmektedir (Lapidus, 2001: 52). Bu sebeple organizasyondaki kalite çalışmalarının amacına ulaşması yönetim ve yönetimin aldığı kararlara bağlıdır.

3.4.4. 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 Toplam Kalite Yönetimi felsefesini yansıtan dört temel prensip şu şekildedir:

-İşletmede çalışan tüm personel kalite kavramını aynı şekilde algılamalıdır. Kalite mükemmellik değil, müşteri ihtiyaçlarına uygunluk olmalıdır.

-Kalite kontrol ve değerlendirme ile yapılmayıp hata önleme ile ancak başarılabilir.

-Kalitede başarının sırrı, sıfır hata ile çalışmaktır. Sıfır hata hala sağlanamamışsa kalitenin iyileştirilmesine mutlaka devam edilmelidir.

-Kalitenin nasıl ölçüleceği önemlidir. Crosby kalitenin ölçülmesini, kaliteden sapmanın bedeli veya beklentilere uygunsuzluğun maliyeti olarak değerlendirmektedir. Kalite indekslerle değil, uygunluk maliyeti ile ölçülmelidir (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 adaması: Örgütlerde TKY'yi uygularken en önemli konu üst yönetimin bu felsefeye inanması, kabul etmesi ve bunun için çabalamasıdır.

2) Kalite iyileştirme takımı oluşturulması: Kuruluşlardaki tüm bölüm başkanları farklı roller üstlenmeli ve hem kendi bölümleri içinde hem de kuruluş genelinde kalite geliştirme ekiplerine katkıda bulunmalıdır.

3) Kalitenin kriterlerinin belirlenerek ölçümlerin yapılması: Kuruluşlarda kalite açısından her farklı faaliyet alanı için kriterler oluşturulmalı, mevcut kriterler gözden geçirilerek iyileştirmeler ve düzeltici faaliyetler gerçekleştirilmelidir.

4) Kalite maliyetlerinin belirlenmesi: Organizasyonlarda ortaya çıkan kalite maliyetleri değerlendirilerek, maliyetlerin nedenleri ve maliyetlerin yüksekliği oranında düzeltici faaliyetlerin gerekliliği belirlenmelidir.

5) Kalite konusunda bilinçlenme: Tüm kalite bilgileri kuruluşlar içinde yaygınlaştırılmalı ve eğitime özel önem verilmelidir.

6) Onarıcı önlemlerin alınması: Örgütlerde kalitenin artması için sonuca ulaştırılması gereken problemlerin ya da çözülmesi gereken problemlerin süreç sahipleri tarafından hemen fark edilmesi gerekir. Yapılan kontrol ve muayeneler sonucunda başka sorunlar ve hatalar meydana gelebilir. Ancak çözülemeyen önemli bir sorun varsa kalite geliştirme ekibinin yardımıyla denenmelidir.

7) Sıfır hata programının uygulanabilmesi için bir komite kurulması: Sıfır hata düşünce yapısını organizasyondaki herkese ulaştırmak için üç ila beş kişilik bir komite kurulmalıdır.

8) Yöneticilerin Eğitimi: Örgütlerde kalite konusunda başarıya ulaşmak için her kademedeki yönetici yetiştirmek ve çalışanlara bilgi aktarmak gerekmektedir.

9) Sıfır hata günü: Organizasyonlarda oluşan hatalar düzeltilirken hatasız günler organize edilmektedir. Çalışanlar organizasyondaki mevcut programlar hakkında bilgilendirilmekte ve değişen prosedürler konusunda eğitilmektedir.

10) Hedef belirleme: Hedeflere ulaşmak için kuruluşların ölçülebilir ve spesifik alt hedefler tanımlaması gerekir.

11) Sorun-sebepe-çözüm programı: Örgütlerde çalışanlar kusursuz performans göstermelerini engelleyen her sorunu tespit etmeli ve kaliteli hizmet ekibi bu sorunlara çözüm sunmalıdır.

12) Ödüllendirme: Örgütlerde kalite iyileştirme çabalarına bireysel ve grup katkıları ödüllendirilmelidir.

13) Kalite konseyi oluşturulması: Kuruluşlardaki kalite geliştirme araştırmalarını gözden geçirmek ve bilgilendirmek için bir Kalite Konseyi kurulmalıdır.

14) Yeniden başlama ve programın sonsuzluğu: Kaliteli işin asla bitmediğini örgütlerdeki tüm çalışanlar bilmelidir. Örgütlerde kalite çalışmaları tekrar tekrar yapılmalıdır (Çetin vd., 1998:104).

3.4.5. Armand V. Feigenbaum'un Kalite Felsefesi

Armand W. Feigenbaum (1922–2014), daha sonra General System'i kuran General Electric Company'de kalite kontrol müdürüydü. 1951 yılında MIT'den (Massachusetts Institute of Technology) doktora derecesini alan Feigenbaum, "Kalite Kontrol" ve "Toplam Kalite Kontrol" kavramlarının babası olarak bilinir. Feigenbaum'un "Toplam Kalite Kontrolü", kuruluş içindeki üretim, pazarlama, finans, insan kaynakları, mühendislik vb. anlamına gelir. Müşteri memnuniyetini en ekonomik düzeyde sağlamak için birimlerdeki çeşitli grupların çabalarını birleştiren bir sistem olarak tanımlar. Arman V. Feigenbaum'a göre kalite kontrol sürecinin aşamaları; kalite standartlarını belirlemek, belirli standartlara uygunluğu değerlendirmek, standartlar karşılanmadığında düzeltici önlemler almak ve standartları iyileştirmek için planlar hazırlamak (Halis, 2010: 75).

Feigenbaum'un toplam kalite kontrol konusundaki diğer görüşleri ise şöyledir;

1) Toplam kalite kontrol, teknolojik, ekonomik ve insani boyutları olan stratejik bir yönetim seçeneğidir.

2) Toplam kalite kontrol, var olan ancak kuruluşlarda kendini göstermeyen bir kurum gibidir. Kalitede uzmanlaşma, hammaddelerde, süreçlerde ve ürünlerde uzmanlaşma anlamına gelir.

3) Kaliteyi iyileştirmek için yönetimsel ve teknik konuları kapsayan bir kalite sistemi kurulmalıdır. Maliyetleri de bilmeniz gerekir.

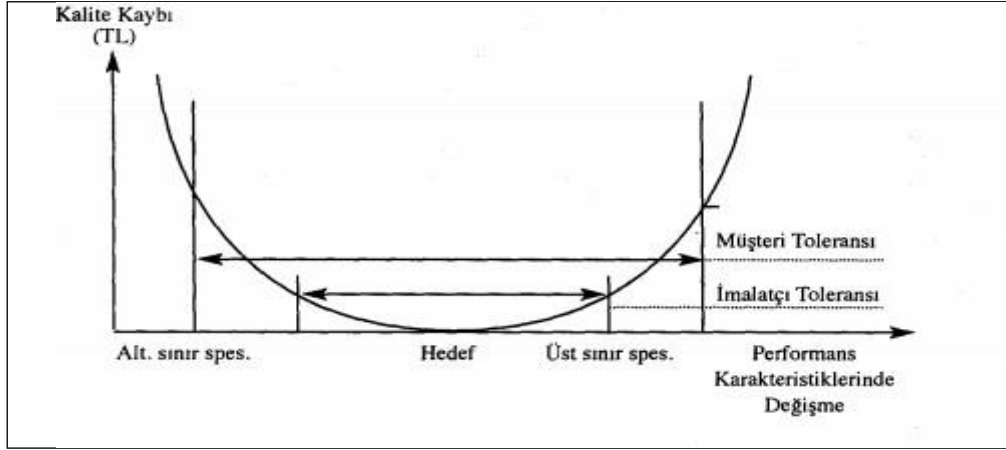
4) Kalite herkesin sorumluluğundadır, ancak herkesin sorumlu olduğu problemin sorumluluğunu kimsenin üstlenmemesi tehlikesini önlemek için kalite, ürün kalitesinden ve kalite kontrolünden sorumlu işlev tarafından sağlanmalıdır (Efil, 2010: 99).

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.

3.4.6. F. Genichi Taguchi'nin Kalite Felsefesi

Japon telefon sisteminin yeniden yapılandırılması çalışmalarına dahil olan istatistikçilerden birisi de Taguchi'dir. İstatistiksel yöntemler kullanarak endüstri standartlarının geliştirilmesine katıldı ve Japonya'daki ürün ve süreçlerin iyileştirilmesini desteklemiştir (Sarp, 2014: 33). Kalite kaybı fonksiyonunu takip eden Taguchi yönteminin (deneysel tasarım) geliştiricisidir. Taguchi yöntemi, kontrollü ve kontrolsüz değişkenlerin bir hedef parametre veya kalite parametreleri üzerindeki etkisini belirlemek için tasarım, geliştirme ve iyileştirme çalışmalarında kullanılan etkili bir yöntemdir. Kalite kaybı fonksiyonu, kalite özellikleri hedef değerden saptığında ortaya çıkan kalite kaybının parabolik bir yaklaşımıdır (Elevli, 2010: 7). Taguchi'nin kalite kaybı fonksiyonu Şekil 3.3'de gösterilmektedir.

Şekil 3.3: 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: Kaybı azaltmak için varyansı azaltmak gerekir. Ayrıca kayıpları azaltmak için hedeften sapmalar azaltılmalıdır. Bu, ürünlerin ve süreçlerin sürekli iyileştirilmesini gerektirir. Sadece teknik şartnameyi karşılamak, kalitenin çok da yeterli olmayan bir göstergesidir. Kalite kriteri tahmin edilen hedeften uzaklaştıkça performans da buna bağlı olarak düşer. Burada, spesifikasyonlar karşılandığında bile varyansı azaltmak önemlidir (Barker, 1986: 32; akt. Saat, 2000:101). Tasarım güvenilirliğini ve kalitesini, prototipleme tekniklerini, deneylerin istatistiksel tasarımını ve kalite kaybı fonksiyonunu vurgulayan metodolojisi ile Taguchi, kaliteyi üretim sürecine ve hatta tasarım aşamasına getirdi. Taguchi, ürünü en az kusurla üretmek için parametrelerin kombinasyonunu bulmak için istatistiksel deney tasarımını ve Kunt'un tasarımını kullandı ve geliştirdi. Çalışması için dört kez Deming Ödülü'nü almıştır (Halis, 2010: 80). Kalitenin tasarım aşamasında başladığına inanan Taguchi, iki ana ilkeye odaklandı: çevrimiçi kalite kontrol ve çevrimdışı kalite kontrol. Çevrimiçi kalite kontrol, üretim sırasında ve sonrasında istatistiksel süreçleri ve ürün kontrolünü kapsar. Çevrimdışı bir kalite denetimi, ürün geliştirme ve üretim sırasında gerçekleştirilen pazar araştırması ve kalite güvence faaliyetlerini içerir. Bu faaliyetler ürüne direkt müdahaleler olmayıp, üretime başlamadan önce yapılan 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 doygunluk olarak ifade edilebilir. Sunulan hizmetin tasarım kalitesi, hizmetin müşteri tarafından beklenen performans seviyesinin etkin ve verimli bir şekilde karşılanabilmesi için önemlidir. Hizmetin tasarım kalitesi, hizmetin müşteriye neler kattığı ve hizmetin performansının başarısı konularında bilgi sağlar (Yang, 2005: 28).

3.4.7. Masaaki Imai'nin Kalite Felsefesi

Merkezi Tokyo'da bulunan Cambridge Corp şirketinin başkanı Imai'dir ve bu şirketi 1962 yılında kurmuştur. 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 kalite literatürüne dahil ettiği en önemli kavram "sürekli gelişmedir". Kalite literatüründe bu kavram spesifik olarak "Kaizen" olarak da bilinir (Özevren, 1997: 15). Kaizen, Japonca "Kai; değişim ve Zen; iyi, daha iyi" kelimelerinden oluşmuştur. Geliştirme, iyileştirme ve sürekli iyileştirmeyi ifade etmek için kullanılır. Kaizen kavramı, endüstri geçmişinde oldukça kritik bir kilometre taşının sembolü haline gelmiştir. Bu konsept sayesinde, yönetime yönelik statik yaklaşım dinamik hale geldi. Statik Yönetim Yaklaşımı: Planla-Uygula-Bak, Dinamik Yönetim Yaklaşımı: Planla-Uygula-Kontrol Et-Önlem Al (PYDH) (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

3.4.8. Kaoru Ishikawa'nın Kalite Felsefesi

Kaoru Ishikawa (1915-1989), 1939'da Tokyo Uygulamalı Kimya Üniversitesi'nden mezun olmuştur. 1948'de istatistiksel yöntemler üzerinde çalışmaya başladı. Ishikawa, kaliteye yaklaşımını Toplam Kalite Kontrolü adlı kitabında anlatıyor. Kalite yönetimine en büyük katkısı, 1962'de “Kalite Kontrol Çemberleri”nin kurulmasıyla olmuştur. Ishikawa, kalite geliştirme çabalarında kalite ekiplerine ve çevrelerine yardımcı olmak için istatistiksel kalite kontrol yöntemlerini basitleştirdi ve Pareto ve Ishikawa çizelgelerini geliştirdi. Kendi adını taşıyan diyagramda oluşabilecek hataları tespit etmek için analiz yöntemleri geliştirmiştir (Sarp, 2014: 29). Ishikawa diyagramı literatürde balık kılıcı (neden-sonuç) diyagramı ve neden-sonuç diyagramı olarak da bilinmektedir. Balık kılıcı diyagramı (neden ve sonuç), mevcut sorunlara (etkilere) katkıda bulunan olası faktörleri (nedenleri) belirlemek ve sistematize etmek için kullanılır. Ayrıca, bir sorunun tüm olası nedenlerinden en önemlisini belirlemek ve doğrulamak için bir araştırma kontrol listesi olarak da kullanılır. Bir kişinin fikirleri genellikle bir sorunu çözmek için yeterli değildir. Bu nedenle, bir balık kılıcı diyagramı oluşturmak için beyin fırtınası kullanılır (Parlak, 2004: 70).

Balık kılıcı diyagramı çizmek için izlenmesi gereken adımlar şu şekildedir:

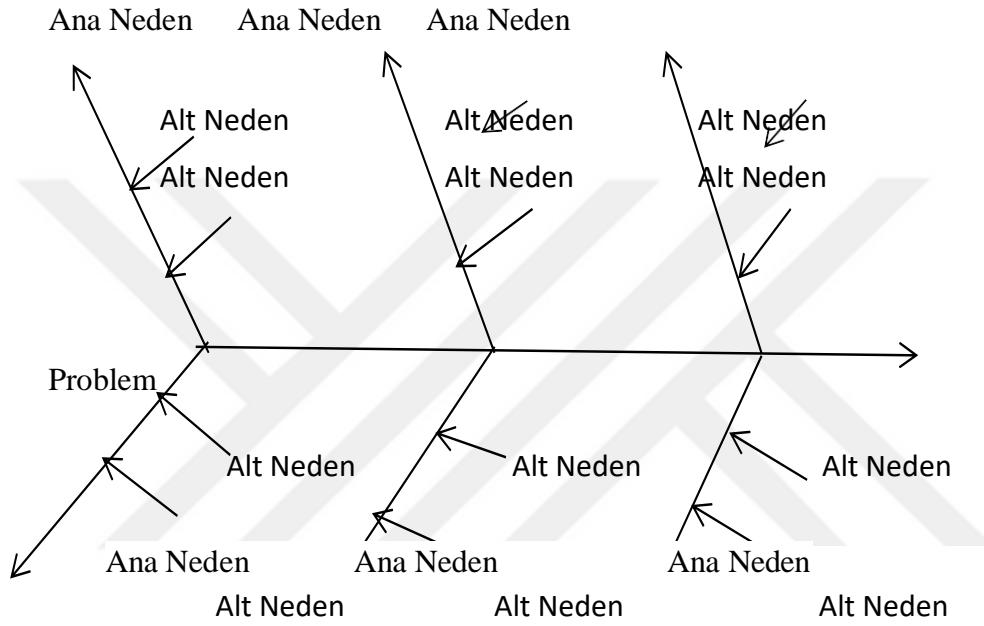
- (1) Problemin belirlenmesi,
- (2) Problemi gösteren ana çizginin çizilmesi,

(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 kılıcı diyagramı aşağıda Şekil 3.4'te gösterilmektedir.

Şekil 3.4: Balık Kılıcı Diyagramı



Kaynak: Halis, 2010: 156.

Literatür incelendiğinde hizmet organizasyonlarında balık kılıcı 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 da kalite kontrol çemberleridir. Kalite kontrol çemberleri, kendi alanlarındaki kalite ve diğer sorunları belirlemek, analiz etmek ve ele almak için gönüllülük esasında, belli bir düzen ile bir araya gelen insan gruplarıdır. İdeal olarak 7-8 kişilik bir ekiptir. 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). Bir tıp kurumu olarak hastanelerde var olan matris organizasyon yapısından dolayı disiplinler arası çalışma prensibi büyük önem taşımaktadır. Bu nedenle her çalışanın dahil olduğu ana ve alt süreçler baz alınarak kalite çemberleri oluşturulmuştur. Bu komutlarda; Doktordan hemşireye, refakatçiden otel hizmetlerine kadar tüm fonksiyonların temsilcileri görev başında. Bu ekipler düzenli olarak veya iyileştirmeler ve iyileştirmeler gerektiğinde toplanır. Yaptıkları toplantılarda süreçle ilgili iyileştirme alanlarını belirler ve konuya ilişkin çözümler geliştirirler. Ayrıca sürecin etkinliğini izler, sonuçları yorumlar ve iyileştirme çalışmalarında girdi olarak kullanırlar. İyileştirme alanlarının kök neden analizini yapmak için toplantılarda birçok problem çözme tekniği kullanılır. Her toplantı kararları ile birlikte kayıt altına alınır. Araştırma verileri şirket içinde kullanılmaktadır ve tüm çalışanlarla paylaşılan e-posta, toplantı, yazışma vb. (Mutlu ve Yılmaz, 2019: 8).

3.4.9. William Edwards Deming'in Kalite Felsefesi

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) Ürün ve hizmetleri iyileştirme ve geliştirme hedefini takip etmektir.

(2) Yeni yönetim felsefesini pratikte uygulamaktır. Modern koşullarda beklenen hata ve kabul edilebilir gecikme gibi kavramlara yer yoktur. Her şeyin daha iyisini yapmak için bir fırsatı vardır.

(3) Kaliteyi sağlamak için istatistiksel yöntemler kullanarak iyileştirmektir. Sonuçlara bakmanın anlamı yoktur.

(4) İşletmenizin başarısını yalnızca fiyata göre yargılamalısınız. Her ürün için bir tedarikçi ile çalışın, uzun vadeli sadık ve güvenilir ilişkiler kurun ve genel maliyetleri azaltılmalıdır.

(5) Sürekli iyileştirme; süreç yeteneklerinin belirlenmesi ve değişkenliğin kontrol edilmesi ve en iyiye yönelik çaba gösterilmesi ve uygulanması olarak anlaşılmalı ve uygulanmalıdır.

(6) İşbaşı eğitiminde işin doğru yapılmasını sağlamak için istatistiksel yöntemler uygulanmalıdır.

(7) Bir yönetim mekanizması oluşturulmalıdır. Liderlik bir yöneticinin doğal işidir. Yapıcı ve eğitici bir yaklaşım önemlidir, değerlendirici değildir. Lider rehberdir.

(8) Örgütlerde doğruyu söylemeyi engellenmemeli, çalışanların yaratıcılığını teşvik edilmelidir.

(9) Organizasyonlarda yönetim ile farklı departmanlar (departmanlar, gruplar ve müşteriler) arasındaki engelleri ortadan kaldırılmalıdır. Departmanlar arasında amaç çatışması olmamalıdır. Disiplinli ekip çalışması, bilgi akışı ve iletişim sağlanmalıdır.

(10) Sloganlarla ve sayısal hedeflerle çalışanlara baskı yapmaktan vazgeçilmelidir. Hataların çoğu (%95) yönetimle ilgilidir. İyi bir süreç kötü bir ürüne yol açmaz. Çalışanların kendi sloganlarını ve hedeflerini belirlemelerine izin verilmelidir.

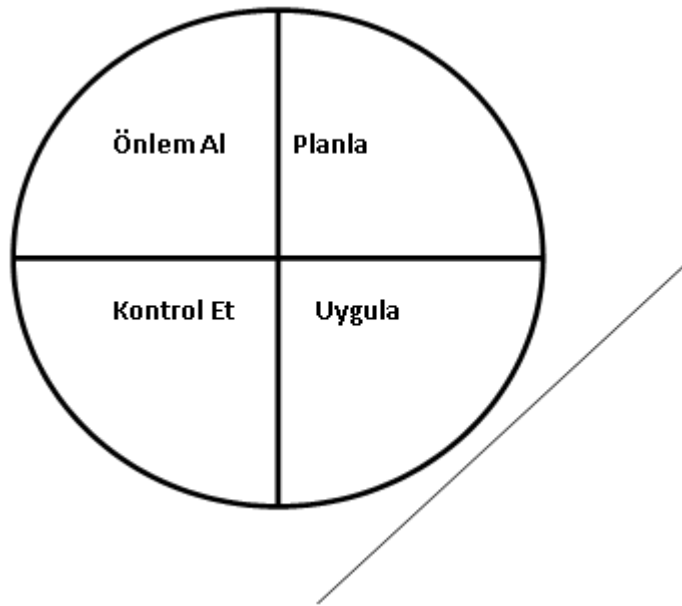
(11) Belirli kuruluşlar için sayısal hedefler ve kotalar kaldırılmalıdır. Çalışanları bu rakamlara göre yargılanmalıdır. Örgütlerde kalite felsefesi hâkim ise kalite ile birlikte değerlendirilmeyen niceliğin de önemi yoktur.

12) Çalışanın işlerinden gurur duymasının önündeki engeller kaldırılmalıdır. Hızlı değil doğru çalışabilmek için kuruluşların rekabet değil işbirliği anlayışına sahip olmaları gerekir.

(13) Kuruluşlarda çalışan eğitimi çabalarını desteklenmelidir.

(14) Yönetim, dönüşüme herkesin katılabilmesi için yukarıdaki 13 kurala göre belirli çalışmaları planlamalı ve yürütmelidir. Deming döngüsü, yönetim yönteminin amaçlar için kullanıldığı sürekli bir süreçtir. Bu döngüde, eylemler daha iyi anlaşılması için bir daire içinde gösterilir. Çemberin her dönüşü işleri daha iyi hale getirir. Hedefe ulaşmak için temel yaklaşım, PDCA döngüsü olarak adlandırılan (Kesinlikle) “Planla-Uygula-Kontrol Et-Önlem Al” şeklindedir. Sistemik bir yaklaşımda, her ana aşamanın birkaç alt aşaması ve bu alt aşamalar içinde alt döngüleri vardır. Bu döngünün amacı, her adımda ve alınan her kararda en iyiyi aramak, sürekli geri bildirim için bir mekanizma oluşturmak ve sürekli iyileştirmeyi sağlamaktır. Aynı zihniyet farklı uygulamalara da yansiyabilir (Bedük, 2011: 21). PUKÖ Döngüsü aşağıda Şekil 3.5’te gösterilmektedir.

Şekil 3.5: 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

- Hedefin netleştirilmesi
- Var olan durumun analizi
- Sebep analizi
- Detaylı aksiyon planı hazırlığı

2. Uygula

- Aksiyon planını hayata geçirmek
- Alakalı şahısları haberdar etmek
- Aksiyon sonuçlarını takip etmek

3. Kontrol Et

- Hedeflere ulaşmanın kontrol edilmesi
- Hedeften sapmaların kontrol edilmesi
- Alakalı şahısları haberdar etmenin kontrol edilmesi

4. Önlem Al

- Etkin önlemleri standart hale getirmek
- 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

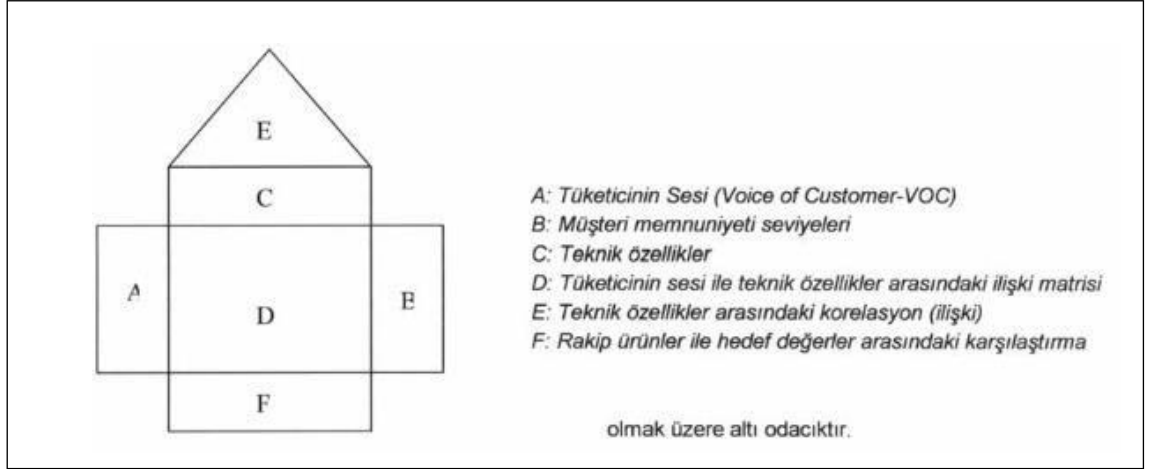
etkinlik ve verimlilik çalışmaları hastaya sunulan her sağlık hizmetinden, kurumun tüm faaliyetlerini kapsayan her bir uygulamaya kadar kurulması gereken bir sistem ile mümkündür (Er, 2018: 20). PUKÖ döngüsü bu sistemdeki istenmeyen hataların kaynağının bulunmasını sağlayarak iyileştirme çalışmalarına imkân sağlar. Böylece problemler çözülür, süreçler iyileştirilir ve kaliteli hizmet sunumu gerçekleştirilir.

3.4.10. 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. KFY yöntemi, ürün ve hizmetlerin müşteri gereksinimlerine göre geliştirilmesi gerektiği felsefesine dayanmaktadır. Akao, bu yöntemi ilk kez 1972 yılında Kobe'deki Mitsubishi 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 fiziksel yapılan görüşmeler, anketler, gözlemler, benchmarking uygulamaları, saha raporları, müşterilerin aldıkları hizmet ile ilgili fikirlerinin kaydedilmesi gibi farklı metotlarla 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 izlenen esas bir planlama aracıdır. Kalite evi matrisi, pazar incelemeleri ve karşılaştırmalar sonucu öğrenilen verilerle müşteri taleplerini, yeni bir hizmet dizaynı ile giderilecek mühendislik hedeflerine dönüştürür. Farklı disiplinlerden uzmanların katılımı ile oluşturulmuş bir takım çalışmasıdır. Kalite evi müşterinin sesini yani isteklerini dizayn özelliklerine çevirir ve bunların nasıl karşılanacağını ortaya koyar (Yapraklı ve Güzel, 2010: 460). Kalite evinin temel kısımları aşağıda Şekil 3.6'da gösterilmektedir.

Şekil 3.6: Kalite Evinin Temel Kısımları



Kaynak: Güllü ve Ulçay, 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.

3.5. 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.

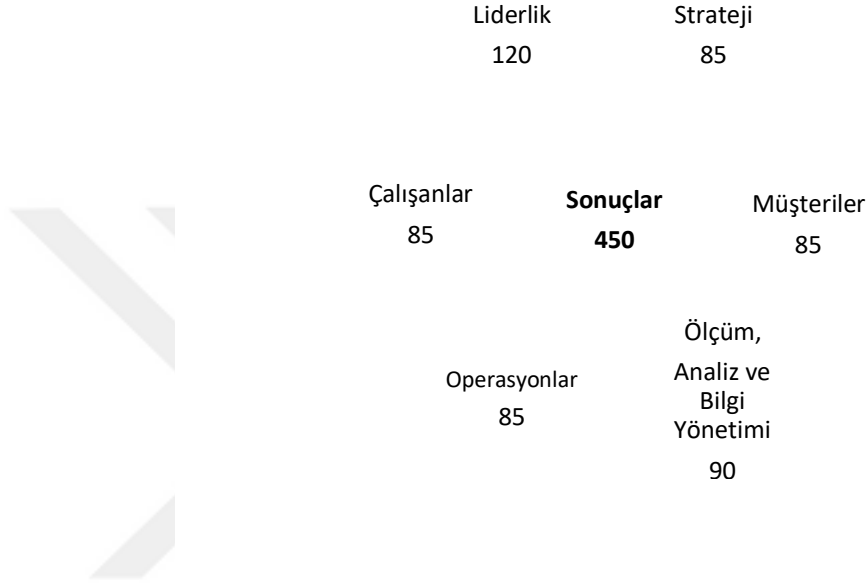
3.5.1. Malcolm Baldrige Ulusal Kalite Ödülü

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 hikâyelerini diğerleriyle paylaşmaları beklenmektedir. Baldrige Ödülü için gerekli şartları tanımlayan ana unsurlar yedi farklı kategoride işlenmektedir. 1000 değerindeki toplam puan bu yedi farklı kategoriye dağıtılmıştır. Ayrıca kategorilerden her biri kendi içinde de alt unsurlara sahiptir. Baldrige Ödülünün ilk verilışinden itibaren kategori sayısı değişmemekle 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 unsurları değiştirilmiştir. Bu değişiklikte müşteri ve pazar tarafından yönlendirilen stratejiye, bilgi ve analizin rolüne ve işletme sonuçlarına odaklanılmıştır. Yeniden değerlendirilen unsurlarda özellikle vurgulanan noktalardan ilki şirket stratejisinin etkin performans yönetiminde artan önemidir. Bir diğer vurgulanan nokta, müşteri memnuniyeti de dahil, tüm işletme sonuçlarının tümsel bir yaklaşım ile 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 3.7’de gösterilmektedir.

Şekil 3.7: 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).

3.5.2. Deming Ödülü

Deming'i onure etmek adına 1951 yılında Japonya'da Japon Bilim Adamları ve Mühendisler Birliği tarafından organize edilmiştir. Deming Ödülü'nde üç kategori bulunmaktadır. Bunlar (Efil, 2010: 373);

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

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"ne sadece Japon adaylar katılabilir. 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 etkin 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 organizasyonun iyileştirilmesi ve etkin 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 3.6'da gösterilmektedir.

Şekil 3.8: Deming Ödülü Temel Kriterleri ve Değerleri

Kaynak: Deming Prize, 2020. (Metinden şekle dönüştürülmüştür).

100

Puan

A) İş hedeflerinin ve stratejilerinin belirlenmesi ve üst yönetimin liderliği

100

Puan

B) TKY'nin uygun kullanımı ve uygulanması

100

Puan

C) TKY'nin Etkileri

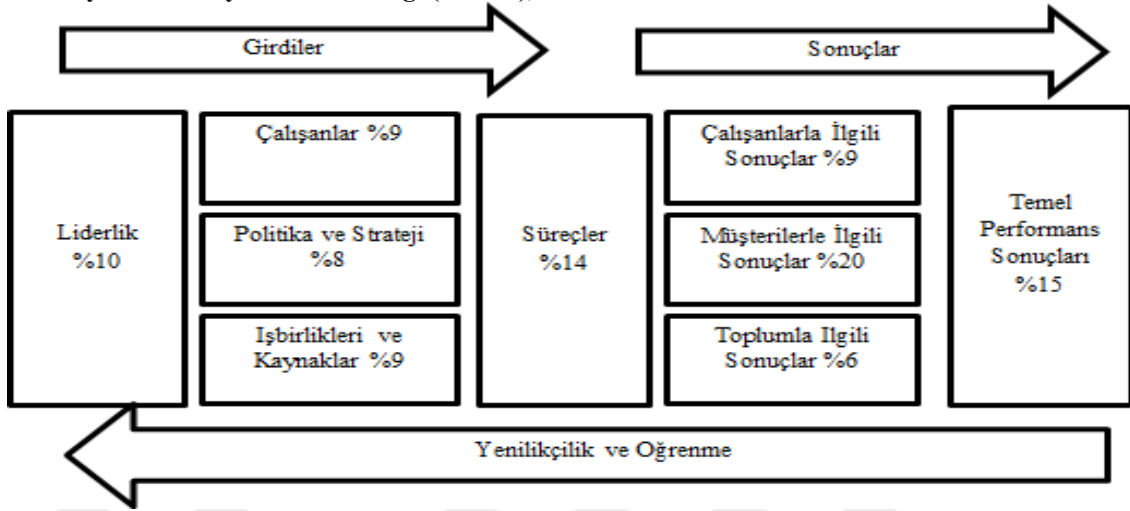
3.5.3. EFQM Avrupa Kalite Ödülü

Baldrige Ödülü'nün başarılı olmasından sonra 1988 yılında 14 büyük ölçekli Avrupa orjinli uluslararası firmalar, toplam kalite yönetim ilkelerini Batı Avrupa'da A)İş hedeflerinin ve stratejilerinin belirlenmesi ve üst yönetimin liderliği 100 Puan B) TKY'nin uygun kullanımı ve uygulanması 100 Puan C)TKY'nin Etkileri 100 Puan 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 birtakım 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 3.8'de gösterilmektedir.

Şekil 3.9: 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 50 ve çok boyutlu, çok geniş bir kavramdır. Model, daha iyi bir kalite arayışı sürecinde performansla ilgili bütün boyutlarda sürdürülebilir kusursuzluğu 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).

3.6. Sağlık Kurumlarında Uygulanan Kalite Güvence Sistemleri

Kurumlarda istenilen amaca ulaşılabilmesi için tüm çalışmaların belli bir sistem içerisinde organize edilmesi gerekmektedir. Bu nedenle birçok kalite ödülü ve belgesi ürüne veya kişiye değil sisteme verilmektedir. Kalite yönetim sistemi kurulmasının temel nedeni, sürekli iç ve dış müşteri memnuniyetini sağlamaktır. Kalite sisteminin amacı, yöntemler, malzemeler ve ekipman kullanarak tutarlı ve tutarlı bir süreç sağlamaktır. Örgütlerde bu sürecin sağlanması ve sürdürülmesi belirli kurallara ve tedbirlere tabidir (Halis, 2010: 173).

Kalite güvence sistemi, genel kalite yönetimi çerçevesinde yürütülür. Toplam kalite yönetiminin uygulanabilmesi için gerekli altyapının hazırlanmasını gerektiren bir sistemdir. Alıcının arzu ettiği kaliteli bir ürünü üretebilmek için titizlikle

yürütülmesi ve takip edilmesi gereken tüm süreçlerin sistematik olarak planlanması ve uygulanmasına kalite güvence sistemi denir. Bu sistem, bir ürün veya hizmetin tasarımından alıcısı ile buluşmasına ve hatta kullanımından sonraki süreçler için hazırlanan prosedürler, talimatlar, yönetmelikler, kılavuzlar ve benzeri belgelerle oluşturulur. Böylece ürün kalitesinin beklenen yönde oluşması sağlanır (Eren, 2016: 128). Kalite güvence sisteminin uygulanmasında kurum ve kuruluşlar; Ürettikleri mal ve hizmet alanındaki tüm olguları ve girdileri kendi iç yapılarında belirli bir düzen içinde izler ve kontrol ederler. Ayrıca organizasyonun yapısı, sürekli bir sistem çerçevesinde iç oluşumunu ve işleyişini geliştirmenize ve kontrol etmenize olanak tanır. Bu sayede arızalar kolaylıkla tespit edilerek düzeltici önlemler alınabilir. Tüm bu uygulamalar, sorumluluk ve kuvvetler ayrılığı bilinciyle, sistemin tüm parçalarının verimli ve analitik fonksiyonlar kazanmasına, dinamik yapılar oluşturmasına ve önleyici fonksiyonlar kazanmasına olanak sağlar. Bir kalite güvence sisteminin temel gerçekleri, sistemi etkileyen ve sistemle ilgili tüm konuları, blokları ve alanları kapsamaktadır.

Kalite güvence sistemine duyulan ihtiyaç, ilk olarak İngiltere'de yaşanan 1973 petrol krizinden sonra iş dünyasında yaşanan önemli değişimlere bağlı olarak ortaya çıkmıştır. Bu krizle birlikte birçok işletme piyasadan silindi. Bu gelişmenin ardından İngiliz Standartları Enstitüsü (BSI) bu konuda çeşitli çalışmalar yapmış ve bunu kuruluşlarda sistemli bir şekilde uygulanmamasına bağlamıştır. Yapılan araştırmalar krizlere dayanabilen işletmelerin uygulamalarında belli bir tutarlılık olduğunu göstermiştir. Böylece BSI'nin 1980'li yıllarda "iş sürekliliğini sağlamak" ana hedefi olarak başlattığı araştırmalar sonucunda BS 5750 olarak yayınlanan standartlar, 1987 yılında ISO 9000 standartlarının 52 serisi çekirdeğini oluşturmuştur. Avrupa Birliği'nin (AB) kurulmasından sonra EN 29000 olarak yayınlanmıştır. ISO'ya göre, değişen gereksinimlere ayak uydurmak için her standardın her beş yılda bir gözden geçirilmesi, revize edilmesi ve yeniden yayınlanması gerektiğine karar verilmiştir (Kalder, 1999: 31).

Kalite iyileştirme çalışmaları ilk olarak üretim sürecinde başlamış ve ilerleyen dönemlerde tüm faaliyetleri kapsayacak şekilde genişletilmiştir (Küçük, 2010: 214). Kalite Güvence Sistemi (KGS), mal, hizmet ve süreçlerin sağlanması için gerekli önlemlerin alınmasını vurgulayan bir yaklaşımdır. Kalite güvencesi, bir hizmet

ya da ürünün belirtilen kalite şartlarını karşılamasını sağlamak ve sürdürmek için gerekmekte olan tüm sistemli ve planlı aktiviteleri içerir (Çetin, Akın ve Erol, 1998: 364). Kalite güvencesi iç ve dış olmak üzere iki aşamalıdır. Dâhili kalite kontrol; istenilen kaliteye ulaşılması konusunda kuruluş yönetimine güven aşılama hedefleyen aktiviteleri içerir. Dış kalite güvencesi ise tedarikçinin kalite sistemi ile ilgilidir ve bu sistemin alıcı tarafından belirlenen kalite koşullarına uygun mal veya hizmet sunmasını sağlamaya yönelik faaliyetleri içerir (Peşkirioğlu, 1999: 45).

3.6.1. 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 hizmet ve mal 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 edilen standartların yayımlanması ve gönüllü olarak uygulanmasının teşvik edilmesi, zorunlu standartların ilgili bakanlığın onayına sunulması.

(4) Kamu ve özel sektör ihtiyaçlarına göre konu ile ilgili görüş bildirmek üzere bir standart veya taslak hazırlar.

(5) Uluslararası standartlarla ilgili araştırmalar yapmak ve benzer araştırmaları takip etmek, uluslararası ve yabancı standardizasyon kuruluşlarıyla iletişim ve iş birliği yapmak.

(6) Üniversiteler, bilimsel ve teknik kurum ve kuruluşlarla iş birliği yapmak, standardizasyon materyalleri yayınlamak, ulusal ve uluslararası arşivler oluşturmak ve isteyenlerin yararlanmasına yardımcı olmak.

(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 çalışmalarını yapmak ve gerekli belgeleri hazırlamak.

(10) Metroloji (ölçübilim) ve kalibrasyon konularında çalışmalar yapmak, gerekli laboratuvarları kurmak.

3.6.2. ISO 9000 Kalite Standartları Serisi

ISO 9000 serisi kalite standartları, Uluslararası Standardizasyon Teşkilatı tarafından 1980 yılında başlatılmış, zaman içerisinde geliştirilmiş ve 1987 yılında yayınlanmıştır. 1987 yılında bu tarihten sonra sistem standartlarını yayınlamaya başlamıştır. Bu nedenle kalite güvence ve yönetim sistemlerine yönelik standartlar ISO 9000 adı altında yayınlanmıştır (Bağrıaçık, 1995: 14).

Genel kalite yönetiminde ISO 9000, kuruluşlarda kaliteyi etkileyen tüm süreçlerde kalitesizliğin oluşmasını önleyen bir denetim mekanizması kurmayı amaçlar. Bu süreçlerde insan-makine-bilgi faktörlerinin uyumunu en uygun kalite-verim-maliyet oranı ve uluslararası standartlarda sağlayabilecek teknik ve idari prosedürleri oluşturur (Işığıçok, 2012: 34). ISO 9000 standartları, sistemin bitmiş ürün veya hizmetin en başından itibaren ölçüm ve kalite kontrolünü gerektirmemesi prensibine dayanmaktadır. Başka bir deyişle, bir sistem olarak bir organizasyonun belirli bir kalitede ürün üretip üretemeyeceğini dikkate alır. Bu doğrultuda geliştirilen

ISO 9000 serisi kalite standartları, etkili bir yönetim sisteminin nasıl inşa edilebileceğini, belgelenebileceğini ve sürdürülebileceğini göstermektedir (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 aktiviteler, uygulanan eylemlerin etkinliğini inceleme, teslim etme ve sonuca odaklanma, dış kaynaklı proseslerin kontrol edilmesi, 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 standartları, TKY'nin uygulanmasında bir adımdır, ancak ayrılmaz iki unsur değildir. Başka bir deyişle, TKY'nin bir ISO 9000 sistemine ihtiyacı yoktur ve aynı zamanda ISO 9000 sistemini kullanan her kuruluşun TKY'yi uygulamasına gerek yoktur. TKY, tüm yönetim tarzlarını kapsayan bir yönetim tarzı ve felsefesidir. İstatistiksel süreç kontrol ve kalite güvence sistemleri olan ISO 9000 kalite standartları, genel kalitenin bir parçası olarak oluşturulmuştur (Freeman, 1994: 155).
ISO 9001: 2008

Kalite yönetim sistemi, sürekliliği sağlayarak müşteri beklentilerini karşılayan ve rekabet avantajı yaratan ürün ve hizmetler üretmek isteyen organizasyonlara yol göstererek yardımcı olur. Bir kuruluşun organizasyonel yapılanmasından müşterilerinin memnuniyet düzeyine, toplanan verilerin analizinden etkili süreç yönetiminin kontrolüne, iç denetimlerden ürün tasarımına kadar birçok açıdan kalite yönetim sisteminin gerekliliklerini tanımlar. alımdan satışa. ISO 9001:2008 sertifikası, ürün veya hizmetin kendisi için değil, bir ürün veya hizmetin üretilmesini sağlayan sistemin tamamı içindir (Elevli, 2010: 67).

Organizasyonları daha iyi bir performansa yöneltmek ve rekabet gücünü arttırmak amacıyla kullanılan TSE EN ISO 9001: 2008 Kalite Yönetim Sistemi, Toplam Kalite Yönetimi temel ilkelerini içinde barındıran 8 temel ilkeye sahiptir (Işığışık, 2012: 48):

- (1) Müşteri odaklı olma
- (2) Liderlik
- (3) Çalışanların katılımı
- (4) Süreç yönetimi
- (5) Yönetimde sistem yaklaşımı
- (6) Sürekli ve kesintisiz iyileştirme
- (7) Karar vermede gerçekçi yaklaşım

(8) Karşılıklı yararı temel alan 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 artırılarak katılım ve iş birlikleri artar.
- Tedarikçi kalitesi sağlanarak teslimatların sistemli bir şekilde yürütülmesi müşteri güvenini artırır.
- 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).

3.6.3. EN 45000 Akreditasyon Standartları

Akreditasyon; uygunluk değerlendirme kuruluşları tarafından düzenlenen uygunluk değerlendirme belgelerinin (test ve muayene raporları, kalibrasyon sertifikaları, yönetim sistemi belgeleri, ürün belgeleri, personel belgeleri vb.) geçerli ve güvenilir olmalarını sağlayan, bu amaçla oluşturulan kalite altyapısıdır (Türk Akreditasyon Kurumu, 2021). Bir üçüncü taraf değerlendirme yöntemi olarak akreditasyon, kuruluşlarda güvenilirlik oluşturmak ve sürdürmek için önemli bir araçtır. Belgelendirme kuruluşları tarafından verilen sertifikalara veya test kuruluşları tarafından gerçekleştirilen testlere güvenebilmek için, bu kuruluşların yerleşik uluslararası kriterlere göre faaliyet gösterdiğinin belgelenmesi gerekir. Avrupa Birliği'nde bu kriterler EN 45000 serisi standartlarında açıklanmıştır (Çetinkaya, 2000: 64). Türkiye ve Avrupa Birliği arasında imzalanmış olan Gümrük Birliği Anlaşması kapsamında ülkemizdeki test ve belgelendirme işlemlerinin de AB standartlarına uygun olarak yapılması gerekmektedir. Bu nedenle ülkemizde AB sistemine uygun bir akreditasyon sisteminin kurulması amacıyla "Türk Akreditasyon Kurumu Kuruluşuna Dair Kanun Taslağı" hazırlanmıştır (Küçük, 2010: 86).

3.6.4. HACCP Gıda Güvenliği Yönetim Sistemi Belgesi

Tehlike Analizi ve Kritik Kontrol Noktaları (HACCP), gıdyla ilgili riskleri belirlemeye ve uygun önlemleri almaya yönelik sistematik bir yaklaşımdır. HACCP sistemi, kuruluşların gıda güvenliğini etkileyen tehlikeleri analiz etmesine olanak

tanır; Bu, gıda üretim sürecindeki kritik kontrol noktalarında kontrol sınırlarının sistematik olarak ayarlanmasına ve uygulanmasına odaklanmalarına olanak tanır. Kısaca HACCP, bir gıda güvenliği yönetim sistemi için gereklilikleri tanımlar (Küçük, 2010: 89).

3.6.5. ISO 22000: 2005 Gıda Güvenliği Yönetimi Sistemleri Belgesi

ISO 22000:2005 gıda güvenliği yönetim sistemi standardı, ISO ve HACCP standartlarının entegre edilmesiyle oluşturulmuş ve Kasım 2005'te yayınlanmıştır. ISO 22000:2005 gıda güvenliği yönetim sistemi standardı dünya çapında “güvenli gıda”yı hedeflemektedir. Gıda Güvenliği Yönetim Sistemi, “güvenli gıda”nın yasal minimum şartlarından daha iyisini yapmak isteyen ve ilk üretimden tüketime kadar gıda zinciri boyunca “güvenli gıda” sağlamak isteyen kuruluşlar için gereksinimleri tanımlar. Gıda güvenliği yönetim sistemi standardı, tarladan sofraya gıda zincirinde yer alan tüm kuruluşlar için geçerlidir. Paketleme şirketleri de bu kuruluşlar arasında bulunmaktadır. Bu standart, iletişim, sistematik yönetim, HACCP ön programları ve planları yoluyla gıda güvenliği tehlikelerini kontrol etmeyi ve gıda güvenliğini sağlamak için kesintisiz iyileştirme için sistematik bir altyapı kurmayı hedef alır (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 başvurulan temel kalite ölçme mekanizmalarıdır (Kırgın, 2011: 27). EFQM Mükemmellik Modeli sağlık kurumlarında mevcut sağlık hizmeti süreçlerini iyileştirmek ve performansını artırmak için bir yol sunmakta, aynı zamanda ödül sayesinde motivasyonlarını arttırmaktadır.

4.HASTANELERDE HİZMET KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİNE YÖNELİK BİR ARAŞTIRMA

4.1. Araştırmanın Hedefi ve Önemi

Çalışmada hizmet kalitesi algısı ve beklentileri kıyaslayarak aralarındaki farklılıklar tespit etmek ve ölçmek üzere (Parasuraman, Berry ve Zeithaml, 1985: 41-50), tarafından geliştirilen beş hizmet kalitesi boyutu ile kısıtlı kalmayarak, bunlara ilaveten “bilgilendirme” boyutu ve hizmet kalitesi açısından önemi dikkate alınacaktır. Ayrıca Groonros’un “teknik hizmet kalitesi” değerlendirmeye alınacaktır (Çavdar, Kıpçak ve Önal, 2017: 137-155). Yaptıkları çalışmanın sonucu olarak, bilgilendirme boyutunun hizmet kalitesi üzerindeki önemini saptamışlardır. Ürettikleri analizlerin çıktılarına bağlı olarak, çalışmalarında bilgilendirme boyutunun da göz önünde bulundurulması gerektiği, müşterilerin aldıkları hizmetin sürecine ve içeriğine dair bilgilendirmelerinin hizmet kalitesi yönünden kayda değer bir şekilde ehemmiyetli olarak değerlendirdiğini göstermektedir. Bilgilendirmenin genel memnuniyet düzeyi üzerindeki etkisi mutlaka belirlenmelidir.

Kalite tanımlanırken kullanılan genel yaklaşım, kaliteyi müşteri beklentisine uygunluk olarak tanımlamaktadır. Bununla birlikte yapılan çalışmalar kaliteyi oluşturduğu düşünülen unsurların müşterilere sorulması şeklindedir. Bu çalışmanın amacı sağlık hizmet kalitesinin unsurlarını doğrudan müşterilerin kendi değerlendirmelerinden hareketle belirlemektir. Bu hedefle, yarı yapılandırılmış mülakat tekniğini kullanarak, mülakat katılımcılarının aldıkları hastane hizmetlerini değerlendirirken hangi faktörleri göz önünde bulundurdıkları araştırılmıştır. Katılımcıların değerlendirmeleri öncelikle Literatürde var olan kalite boyutları altında sınıflandırılacak, bu boyutlar ile uyuşmayanlar olması durumunda, yeni boyutların tanımlanması yoluna gidilecektir.

4.2. Araştırmanın Kısıtları

Çalışma Tekirdağ ilinde yaşayan kişilerden rassal olarak seçilen katılımcılar üzerinde yapılmıştır. Çalışma sonuçları, çalışmanın yapıldığı bölgenin ve dönemin şartlarından etkilenme ihtimali içerir. Bu çalışmada mülakat tekniği kullanılmış, bu yüzden de katılımcıların özgün ifadelerinin sınıflandırılmasında zorluklar yaşanmıştır.

4.3. Araştırmanın Örneklemi ve Ana Katılımcı Ağırlığı

Çalışmanın ana katılımcı ağırlığını Tekirdağ İlinde yaşayan ve sağlık hizmetlerinden yararlanan 93 kişi oluşturmaktadır. Görüşme yapılırken mülakat tekniğinin kullanılmıştır. Bu 93 katılımcının cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi ve meslek özellikleri Tablo 4.1’de gösterilmiştir.

Tablo 4.1: Çalışmanın Örnekleminde Katılımcıların Listesi

KATILIMCI NO	CİNSİYET	YAŞ	EĞİTİM DÜZEYİ	MESLEK
No 1	Kadın	43	Lisansüstü	Akademisyen
No 2	Kadın	34	Lisansüstü	Akademisyen
No 3	Erkek	46	Lisansüstü	Akademisyen
No 4	Erkek	46	Lisansüstü	Akademisyen
No 5	Kadın	58	Lise	Ev Hanımı
No 6	Erkek	63	Ön lisans	Emekli
No 7	Kadın	46	Ön lisans	Serbest Meslek
No 8	Erkek	55	Lise	İşçi
No 9	Erkek	63	İlkokul	İşçi
No 10	Kadın	35	Lise	İşçi
No 11	Kadın	26	Ön lisans	İşçi
No 12	Erkek	32	Ortaokul	İşçi
No 13	Erkek	40	Lise	İşçi
No 14	Erkek	44	Lise	İşçi
No 15	Kadın	52	Lise	Ev Hanımı
No 16	Erkek	56	Lise	Emekli
No 17	Kadın	49	İlkokul	Emekli
No 18	Erkek	39	Lisansüstü	Serbest Meslek
No 19	Kadın	35	Lisans	Memur
No 20	Erkek	52	Lisans	Memur
No 21	Erkek	43	Lisansüstü	Akademisyen
No 22	Erkek	39	Lisansüstü	Akademisyen
No 23	Erkek	64	Lisans	Memur
No 24	Kadın	38	Ön lisans	Memur
No 25	Erkek	40	Lisans	İşçi
No 26	Erkek	40	Lise	Serbest meslek
No 27	Erkek	70	Lisans	Emekli
No 28	Kadın	68	Ortaokul	Emekli
No 29	Kadın	42	Lise	İşçi
No 30	Erkek	65	Lisans	Emekli
No 31	Kadın	48	Lise	Ev Hanımı
No 32	Kadın	40	Lise	Serbest meslek
No 33	Kadın	66	İlkokul	Ev Hanımı
No 34	Erkek	70	İlkokul	Emekli
No 35	Kadın	70	İlkokul	Emekli
No 36	Kadın	62	İlkokul	Ev Hanımı
No 37	Kadın	73	Lise	Emekli
No 38	Kadın	57	Ortaokul	Ev Hanımı
No 39	Kadın	46	Lisans	Serbest Meslek
No 40	Kadın	36	Lisans	Memur
No 41	Kadın	45	İlkokul	Ev Hanımı

No 42	Kadın	32	Lisans	Ev Hanımı
No 43	Erkek	60	Lisans	Serbest Meslek
No 44	Kadın	33	Lisans	Serbest Meslek
No 45	Erkek	34	Lisans	Öğrenci
No 46	Kadın	60	Lise	Emekli
No 47	Kadın	65	Lisans	Emekli
No 48	Kadın	47	İlkokul	Serbest Meslek
No 49	Kadın	66	Lisans	Emekli
No 50	Kadın	66	Lisans	Emekli
No 51	Erkek	40	Lise	İşçi
No 52	Kadın	43	Ön lisans	Memur
No 53	Erkek	36	Lisans	Memur
No 54	Erkek	37	Lisans	Memur
No 55	Kadın	39	Lisansüstü	Ev Hanımı
No 56	Erkek	55	Lise	Memur
No 57	Kadın	46	Lise	İşçi
No 58	Kadın	45	Lise	İşçi
No 59	Kadın	35	Lisans	Memur
No 60	Kadın	57	Lisans	Memur
No 61	Erkek	39	Lisansüstü	Akademisyen
No 62	Erkek	43	Lisansüstü	Akademisyen
No 63	Erkek	38	Lisansüstü	Akademisyen
No 64	Erkek	38	Lisansüstü	Akademisyen
No 65	Kadın	34	Lisans	İşçi
No 66	Kadın	51	İlkokul	İşçi
No 67	Erkek	40	Ortaokul	İşçi
No 68	Kadın	41	Lisansüstü	Akademisyen
No 69	Erkek	41	İlkokul	İşçi
No 70	Kadın	31	Ön lisans	İşçi
No 71	Kadın	32	Lisans	İşçi
No 72	Erkek	41	Lisans	Memur
No 73	Kadın	40	Lisans	Memur
No 74	Kadın	52	Lise	Ev Hanımı
No 75	Kadın	54	İlkokul	Ev Hanımı
No 76	Kadın	20	Lise	Öğrenci
No 77	Kadın	50	İlkokul	Ev Hanımı
No 78	Kadın	32	İlkokul	Ev Hanımı
No 79	Erkek	49	Lise	Emekli
No 80	Erkek	48	Lise	Ev Hanımı
No 81	Kadın	38	Lise	Ev hanımı
No 82	Erkek	45	İlkokul	Serbest Meslek
No 83	Kadın	55	Lise	Ev Hanımı
No 84	Kadın	26	Lisans	Memur
No 85	Erkek	55	İlkokul	Serbest Meslek
No 86	Kadın	55	Ortaokul	Emekli
No 87	Erkek	23	Lisans	Öğrenci
No 88	Kadın	43	Lisans	Ev Hanımı
No 89	Erkek	32	Ön lisans	İşçi
No 90	Kadın	55	Ortaokul	Serbest Meslek
No 91	Kadın	36	İlkokul	Serbest meslek
No 92	Erkek	31	Ön lisans	Serbest Meslek
No 93	Kadın	44	Lisans	Memur

Tablo 4.2: Katılımcıların Demografik Özellikleri

Demografik Değişkenler	Sayı (n)	Yüzde(%)	
Cinsiyet	Kadın	53	56,989
	Erkek	40	43,011
	Toplam	93	100
Yaş	21-30	4	4,301
	31-40	33	35,484
	41-50	25	26,882
	51 üzeri	31	33,333
	Toplam	93	100,0
Öğrenim Durumu	Orta öğretim	22	23,656
	Lise	23	24,731
	Ön lisans	8	8,602
	Lisans	27	29,032
	Yüksek lisans ve doktora	13	13,978
	Toplam	93	100,0
Meslek	Ev hanımı	17	18,280
	Öğrenci	3	3,226
	Serbest Meslek Sahibi	13	13,978
	Emekli	15	16,129
	Memur	15	16,129
Aylık Ortalama Gelir	İşçi	19	20,430
	Akademisyen	11	11,828
	Toplam	93	100,0
	8500 ve altı TL	13	13,978
Gelir	8501-12001 TL	39	41,935
	12001 ve üstü TL	41	44,086
	Toplam	93	100

Tablo 4.2’de görüldüğü gibi, katılımcıların %56,989’u bayan (53 kişi), %43,011’i erkektir (40 kişi). Yaş dağılımlarına bakıldığında, %4,301’i (4 kişi) 21-30 yaş arası, %35,484 ‘ü (33 kişi) 31-40 yaş, %26,882’si (25 kişi) 41-50 yaş, %33,333’ü (31kişi) 51 yaş ve üzeri olduğu görülmektedir. Katılımcıların eğitim düzeyleri; %23,656 (22 kişi) ortaöğretim, %24,731 lise (23 kişi), %8,602 (8 kişi) ön lisans, %29,032 (27 kişi) lisans, %13,978 (13 kişi) lisansüstü düzeyindedir. Meslek olarak incelendiğinde %18,280 ev hanımı (17 kişi), %11,828 (13 kişi) serbest meslek sahibi, % 16,129 (15 kişi) emekli, % 16,129 (15 kişi) memur, % 20,430 (19 kişi) işçi, % 11,828 (11 kişi) akademisyen, %3,226 (3 kişi) öğrenci olarak görülmüştür. Aylık gelir

düzeyleri, 8500TL ve altı %13,978 (13 kişi), 8501-12001TL % 41,935 (39 kişi), 12001TL ve üzeri % 44,086'sı (41 kişi) gelirli olduğu görülmüştür.

4.4. Veri Toplama Aracı ve Yöntem

Çalışmada sağlık hizmet kalitesini oluşturan unsurların doğrudan sağlık hizmeti alan kişilerin kendi söylevlerinden hareketle belirlenmesi amaçlanmaktadır. Bu kapsamda bir nitel analiz tekniği olan derinlemesine mülakat yöntemi kullanılmış ve yarı yapılandırılmış mülakat sorularından faydalanılmıştır. Görüşmeler önce ses kayıt cihazı aracılığı ile ses kaydı alınarak kaydedilmiş, sonra da Microsoft Word'e metin olarak aktarılmıştır. Görüşmelerde katılımcılar herhangi bir yönlendirme ile karşılaşmamıştır. Görüşmede katılımcılara sorulmak üzere aşağıdaki araştırma soruları hazırlanmıştır.

Aldığınız hizmetten memnun kaldığınız bir sağlık kurumunu düşünün. Bu kurumda hoşunuza giden unsurlar nelerdi?

Aldığınız hizmetten memnun kalmadığınız bir sağlık kurumunu düşünün. Bu kurumda hoşunuza gitmeyen unsurlar nelerdir?

Sizce bir sağlık kurumunda kaliteli bir sağlık hizmeti için dikkat edilmesi gereken unsurlar nelerdir?

Bu sorulara ilaveten, yapılan görüşmelerde katılımcıların verdikleri cevaplar doğrultusunda gerektiği durumda daha detaylı değerlendirmeler almak için farklı bağımsız sorular da sorulmuştur. Katılımcılar hem kamu hem de özel hastanelerde aldıkları sağlık hizmetleri hakkında değerlendirmede bulunmuşlardır.

4.5. Araştırmanın Bulguları ve Tartışma

Mülakat yöntemi ile katılımcıların değerlendirmelerinde kullandıkları ifadeler ServQual ölçeğinin beş boyutunun yanı sıra bilgilendirme ve teknik hizmet boyutlarını da kapsayan 7 boyut altında sınıflandırılmıştır. Böylece ilgili boyutlar altında katılımcıların neleri dikkate aldığı belirlenmeye çalışılmıştır. Ayrıca bu boyutlar altında sınıflandırılmayan ifadelerde ayrıca yorumlanmıştır.

4.5.1. Teknik Hizmet Kalitesi

Teknik hizmetler, hastaların almış olduğu sağlık bakım ve teşhis tedavi hizmetleridir. Çalışanların rutin olarak yapmış oldukları tüm işleri, bilgi ve becerilerini kapsamaktadır. Sağlık hizmet sunum sürecinde, hastalar (müşteri) hizmet kalitesini kendi bakış açılarına göre değerlendirmişlerdir. Teknik hizmet kalitesinin, hastaların kendi bakış açılarına göre teşhis ve tedavi sürecinde şekillendiği, beklenen hizmet ile algılanan hizmetin farklı olduğu görülmektedir. Katılımcıların sağlık hizmetlerinin kalitesini değerlendirirken, kamu hastanelerinde sistemsel sorunlar olduğunu ve bunun hemen düzeltilemeyeceğini, çalışanların yoğunluktan dolayı her hastaya vakit ayıramadığını, zaman sorunu yaşandığı ve bu durumun personelin davranışlarına yansımaları belirtmişlerdir. Teknik kaliteye yönelik ifadeleri aşağıdaki gibidir:

K- 3 Bir hastaneye gittiğim zaman hastane personelinin anında müdahale edebilmesi, bir branşta başka alternatif hekimlerin de olması, farklı tedavi yöntemleri uygulandığını gösterir. Benim için bu çok önemli. K-4 Koyulan teşhisin doğruluğunun kanıtlanmasını istiyorum. Farklı doktorlara giderek. Mr sonucumu mesela tek bir doktor yerine farklı doktorlara da göstermek isterim. K-7 Doktorların hepsi MR ve tomografi yorumlama doktoru olmuş, hastaya dokunup muayene etmek yok bana göre elle muayene önemlidir. K -11 Doktorun yüzde olan bir cilt rahatsızlığına bakıp ilaç yazması bir dakikalık sürede tamamlandı. Bu sürede nasıl doğru teşhis koymuş olabilir. Geçştirilmiş gibi hissetmek insanı üzüyor bir daha gitmek istemiyorsun. K- 24 Gittiği özel sağlık kuruluşunda eliyle koymuş gibi doğru teşhisi koyup tedaviyi uyguluyorlar. Oradaki doktorlara güveniyorum. K- 26 Sağlık çalışanları üzerine düşeni yapıyorlar. İşlerini iyi yapıyorlar yetiştiremedikleri şeyleri de bilinçli yapmadıklarını düşünüyorum eksiklikler var ama bu bilinçli değil. K-27 Gittiğim devlet hastanesinde sadece yardımcı personelde sıkıntı var. Doktor ve hemşirelerden çok memnunum. Sistemli çalışıyorlar. K- 29 Devlet hastanesinde bir doktorumdan çok memnunum doğru teşhisler koyarak yardımcı oldu. K- 30 Burada sıra alamıyorum. Bir doktor 80 hasta bakıyor birine 5 dakika baksa teşhis noktasında çok reel bulmuyorum. K-50 Acillerde belli yaş aralıklarına göre bazı kalp vs bölümleri olmalı. K- 52 Yoğunluktan dolayı çok iyi hizmet verildiğini düşünmüyorum. Doktorun muayene ettiği hasta sayısı arttıkça muayene süresi kısaltıyor daha çok tetkike yöneldiklerini gördüm. Bununda çok sık yapıldığını ve hastalara zarar verdiğini

düşünüyorum. K- 53 Branşlaşmanın olması gerektiğine inanıyorum. Göz ya da göğüs hastalıkları gibi bölümlerde ihtisaslaşmalı. Aynı çatı altında onlarca birim var bir hastanede toplanması yerine ayrı ayrı hastaneler olması gerektiğine inanıyorum. K- 55 Doktorlar aynı zamanda hastaların tedavi ve iyileşme durumunu da kontrol etmeli. Kontrole gitmeyi aksatabiliyoruz çoğunlukla. Ama doktorlar genelde bir ilaç yazıp gönderiyorlar. K- 60 Hasta yoğunluğundan dolayı bir doktor başına çok hasta düşüyor. Bu da muayene için ayrılan süreyi kısaltıyor. Memnuniyet düzeyini düşürüyor. K- 62 İşini iyi yapan doktorlar da var. İşini yapmaktan yorulmuş olanlarda. Ama dış hastanesi genelde kötü. Skor yapmaya çalışan skorcular gibiler. Hasta yoğunluğu arttıkça doktorların verimi de düşüyor. K- 64 Büyük sağlık kuruluşlarına gitmek ilk tercihim olur. Doktor seçimi yaparken tedavi yöntemine başarısına tecrübesine dikkat ederim. Doktorun muayene tarzından çok etkilenirim. Uzaktan bilgisayar başından muayene eden doktor olduğu gibi sizi elle muayeneden sorunlarınızla ilgilenen doktorlarda var. K- 72 Doktorun kalitesine önem veririm gereği olmayan ilaçlar yazılsın istemem. Puan almak için doktorlar gereksiz tedavi uygulamamalı.

4.5.2. Somutlar Unsurlar

Hizmetin fiziksel kanıtlarını içine almaktadır. Fiziksel tesisler, ekipman ve personelin görünümü, hizmet alan ya da bekleyen diğer müşterilerdir (Öztürk, 2019). Katılımcılar, gittikleri sağlık kuruluşlarında fiziksel koşullara dikkat ettiklerini, özel sağlık kuruluşlarında fiziksel unsurların daha ilgi çekici özenli ve konforlu olduğunu belirtmişlerdir. Kamu hastanelerinde yeterli koşulların sağlanamadığına dikkati çekmişlerdir. Katılımcılara sorulan hastaneye gittiğinizde nelere dikkat edersiniz? Sorusuna karşılık verdikleri yanıtlarda, fiziksel unsurlara dikkat ettiklerini belirten katılımcıların % 62,366 oranında (58 kişi) fiziksel boyutlara ilişkin değerlendirmelerde bulunmuştur. Girişte hastanenin ferah ve havadar olmasına ışıklandırma ve yerlerin yüzey temizliğine tedavi sürecinde de özellikle lavabo temizliğine dikkat ettiklerini belirtmişlerdir. Kamu hastanelerinde aldıkları hizmeti değerlendiren katılımcılar, genellikle kan alma yerlerinin temiz olduğunu, ancak tahlil sonrası lavaboları kullanırken tedirgin olduklarını mümkün oldukça girmemeye çalıştıklarını belirtmişlerdir. Lavabolarda deterjan olmadığını, ağır kokudan rahatsız olduklarını, taşan çöplerin görüntüsünden rahatsız olduklarını belirtmişlerdir.

Kamu hastanelerinde fiziksel unsurları değerlendiren katılımcıların bazı ifadeleri aşağıda belirtilmiştir:

K-1 Temizlik önemli. Doktorun odası, ortam, oturduğum yer lekeli mi? değil mi? Bunlar benim dikkat ettiğim şeyler. K-2 Kaos her yer kirli gibi, temiz ve hijyenik değil, benden önce birileri oturmuştur ve temizlenmemiştir hissi oluyor. K-5 Hastanelerin daha temiz ve havadar olmalarını isterdim. K-7 Bazı hastaneler lavabolar leş gibi tertemiz olmalı. Duvarlara elimizi sürmemeye dikkat ediyorum. Hastaneler başlı başına mikrop yuvası olmuş. K-11 Devlet hastanesinde detaylı temizlik yapılmıyor üstün körü hızlı temizlik yapılıyor. K-19 Tuvaletler düzenli, bakımlı ve hijyenik olmalı, bazen kapıyı kilitlemeyi bile başaramadığım durumlarla karşılaştım. Sabun ve peçete yoktu.. Ayrıca doktor odasına muayene için girdiğimde sedyenin üzerine kendi örtümü götürürüm. Herkesin sedye örtüsü olmadan aynı yere uzandığını gördüm. K-20 Çalışanlar yer ve lavabo temizliğine dikkat ediyorlar fakat yerler nemli kalıyor. Temizlik kalabalık ortamda yapıldığı için yürüyen insanlar çok fazla daha fazla temizlik yapılmalı. K-21 Hijyen önemli. Temiz, güzel kokan, steril bir ortam varsa bu güven veriyor. Pis, kokan bir ortam varsa hemen işini hallet ve git hissi veriyor. K-24 Hastanenin temizliği özellikle lavabolar doktorun muayene ettiği yerin temiz olması önemli. K-26 Koridorların ve umumi tuvaletlerin temizliği, bekleme koltuklarının ve muayene yerlerinin temizliği önemli yeterli dezenfektan bulunmuyor lavabolarda olmadığını da gördüm. K-28 Hastaneler çok pis ve bakımsız. Leş kokuyor. K-29 Temizlikçiler çok rahat yeterli temizlik yapılmıyor. K-36 Hastane yeni yapılmasına rağmen tavanı akıyor, malzemeler eski çıkma kullanılmış. K-37 hastayım ben. Doktor kan ve idrar tahlili istiyor. Lavabolara girilmiyor. Selpaklar yerlerde ıslak ıslak insan çekiniyor girmeye temizlikçiler görmüyor mu? İğrenç! K-38 Önce hijyene bakarım içerisinin temizliği dezenfekte olmalı ağızına kadar dolu çöpleri görmemem gerekiyor. K-44 Personelin kılık kıyafeti salaş değil ancak bir sağlık personelinin sigara kokması bana itici geliyor. K-45 Özellikle röntgen ve ultrason kısmında problemler yaşadım. Böcek olayı pis koku gibi. K-57 Koltuklara oturmamaya lavaboları kullanmamaya çalışıyorum. Lavabolara bazen çok kirli oluyor. Moral bozucu şeyler. K-66 Girdiğim anda hijyene bakarım kapı kolları kırık dökük lavabolar kirli, deterjan eksikliği peçetesi, duvarlara baktığımda kırık dökük olmamalı. K-70 Hastanelerde temizliğe çok dikkat ederim. Mümkün olduğunca lavaboları kullanmak

istemem. Üst düzey hizmet olmalı temizliğe çok dikkat edilmeli. K-81 En basit örnekler kokudan tuvaletlere giremiyoruz. Kan var hastalardan dolayı oluyor. K-83 Temizliğe çok dikkat ederim. Öncelik tuvaletler. İnsan girmeye çekiniyor.

Katılımcıların %10,753' ü (10 kişi), hastanede yatış yapıldığında yattıkları servislerde yatak temizliğine dikkat ettiklerini ifade etmişlerdir. %10,527'i (10 kişi) doktorun muayene ettiği odanın temizliğine ve özellikle muayene edilen sedyenin örtüsünün tek kullanımlık örtüler olup olmadığına dikkat ettiklerini belirtmişlerdir. Katılımcıların %26,882'si (25 kişi) bekleme yerlerinin aşırı kalabalık olduğundan bu durumun tedirginlik yarattığından ve işlerini bitirir bitirmez kendilerini dışarı attıklarını belirtmişlerdir.

Özel sağlık kuruluşlarını tercih eden katılımcılar, fiziksel unsurları değerlendirirken, bazı hastanelerin park sorunu olduğundan, bina iç dizayn olarak konforlu bulduklarını hijyen noktasında beklentilerin karşılandığını ifade etmişlerdir. Katılımcıların personelin kılık kıyafetine dış görünüşüne dikkat ettiklerini özel hastanede çalışanların daha bakımlı ve temiz görümlü olduğunu devlet hastanesinde çalışan personelin özellikle temizlik görevlilerinin öz bakım noktasında ciddi eksiklikleri olduğunu gözlemlediklerini belirtmişlerdir.

Katılımcıların %10,753'ü (10 kişi) hastaneye giriş ve çıkışlarda otopark sorunu yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Bu ifadelerin bazıları aşağıdaki verilmiştir:

K-84 hastanede acile ambulanslar yanaşmaya çalışıyor. İnsanlar yanlış park etmişler. Park sorunu oluyor. K-53 Hastanede otopark problemi var, engellilere yönelik araç olmalı. K-20 Otopark sorunu hep var. Hastaların giriş yerlerinde arabalar var. Bir düzensizlik hâkim. K-4 Araba için park sorunu hep var.

4.5.3. Güvenilirlik

Güvenilirlik, vaat edilen hizmetin söz verildiği gibi zamanında doğru ve güvenilir bir şekilde tam olarak yerine getirilmesini ifade eder.

Bir sağlık işletmesi sık sık hata yapar ve vaat ettiği hizmeti veremez ise, müşteriler işletmeye güvenlerini kaybedebilirler. Güvenilir olmayan bir hizmetin yerine ne personelin yakın ilgisi ne de özür dilemesi yeterli olmayacaktır. Müşteri o an işletmenin o hata karşısında özür dilemesini mazur görse de yaşanan kötü deneyim

hizmeti olumsuz etkileyecektir (Öztürk, 2019). Bu yönden yapılan araştırmada, katılımcıların aldıkları hizmeti değerlendirirken, güvenilirlik boyutu kapsamında değerlendirmeler yaptıkları, güvenilirlik boyutu ifadelerinin aynı anda anlatıldığı görülmektedir. Güvenilirlik boyutu ifadelerini değerlendiren katılımcıların oranı % 68,817 (64 kişi) dir. Geçmiş deneyimlerini ve beklentilerini dile getiren katılımcıların birçok sorunu dile getirdiği görülmektedir. İstedikleri zaman randevu almak isteyen hastalar, yoğunluktan ve personel eksikliğinden kaynaklı olduğunu düşündükleri sıkıntı yaşadıklarını ve istedikleri zamanda istedikleri doktora muayene için randevu alamadıklarını belirtmişlerdir.

Hizmet kalitesi boyutlarından güvenilirlik boyutunun kapsamına giren hizmetin belirtilen zamanda yerine getirilmesi ve sıra beklemek istemeyenlerin yaptıkları değerlendirmelerde; gittikleri sağlık kuruluşlarında hizmetin belirtilen zamanda yapılmasını, sıra beklemek istemediklerini ifade eden katılımcıların oranı % 43,011'dir (40 kişi).

Katılımcılar, hizmetin ne zaman yerine getirileceğini personellere sorduklarında net cevaplar alamadıklarını oysa hizmetin belirtilen zamanda yapılması gerektiğini aksi durumla karşılaştıklarında tedirgin ve mutsuz olduklarını şu ifadelerle belirtmişlerdir:

K-1 Gittiğiniz hastanede sıra beklememek çok önemli. Bunun için devlet hastanelerini değil özel hastaneleri tercih ediyorum. K-4 Bir ay içerisinde sıra veriyorlar. Sıra bekleten hastaneleri beğenmiyorum. Kısa süre içerisinde doktorla yüz yüze olmak isterim. K-5 İşlemler hızlı olmalı. Daha az sıra beklenmeli. K-14 Yoğunluktan dolayı sıralar aksıyor. Randevulu gitmeme rağmen aradan girenler olduğu için süreç uzuyor. K-24 Yoğunluktan dolayı sıralar aksıyor. Randevulu gitmeme rağmen aradan girenler olduğu için süreç uzuyor. K-25 Hızlı hizmet alıp çok beklememek çok önemli tabi. K-55 Doktorun hastayı bekletmeden geciktirmeden ofisinde görevinin başında olması önemli. Hasta hasta bekleyince insanın iyice canı sıkılıyor ve morali bozuluyor.. K-49 Hastanın saati geldiğinde içeri girmeli doktor yeterli zaman ayırmalı. K-63 Uzun süreli sistem randevu vermiyor. 8-10 gün sonrasına geç veriliyor. Hastaneden hizmet alma hevesi kalmıyor. K-64 Köyden gelen insanların sabahtan bitecek işleri akşama kadar uzayabiliyor, hizmete ulaşamıyor. K-75 Sıra

beklemek sinirini bozuyor. Doktor zamanında gelmiyor aradan girenler oluyor. K-82 Diş hastanesinden sıra almak için çok uğraştım 15 gün sonraya en erken gün veriyorlar. Tanıdığınız yoksa bu böyle. K-91 Her hasta öncelikli hasta bence öncelikli olmuyor bence çünkü onların bazen genel durumu daha iyi olabiliyor. Biz hasta olduğumuz halde daha çok bekliyoruz. Bence bu düzenleme tekrar gözden geçirilmeli.

Yapılan görüşmelerde katılımcıların % 25,806'sı (24 kişi) hasta olduklarında yaşadıkları yerin devlet hastanesinden diledikleri zaman muayene olmak için randevu alamadıklarını belirtmişlerdir. Çok geç tarihlere randevu verildiğini, istenilen zamanda sağlık hizmeti alamadıklarını tedavi sürecinin aksadığını mağdur olduklarını sonuca hızlı ulaşmak ve tedavi sürecini tamamlamak için il dışındaki özel hastaneleri tercih ettiklerini belirtmişlerdir. Katılımcıların çarpıcı ifadeleri şöyledir:

K-23 Burada randevuya uyulmuyor birileri kayırılıyor. Bilgisayar bozuk muayene edemiyoruz diyorlar. K-51 Randevu alamadığım ya da bir ay sonrasına alabildiğim çok oluyor. Bu süreçte hasta iyileşiyor. K-66 Randevu alamıyoruz, hastane kaynaklı mı yoksa devletten ötürü mü bilmiyorum. K-90 Kontrollerim için randevu almaya bir ay önceden başlıyorum.

Maddi durumu iyi olan hastalar özel hastaneleri tercih ettiklerini randevu saatine uydukları müddetçe gittikleri hastanelerde bekletilmediklerini ifade etmişlerdir. Ancak bu durumun kendileri için, maddi ve manevi olarak büyük yük getirdiğini tedavilerinin sonuçlanmasına karşın, büyük zaman kaybı yaşadıklarını özellikle ifade etmişlerdir.

Tedavi sürecinde doktor muayenesinden sonra Özellikle radyolojik işlemlerde yeterli cihaz olmadığını Mr, Tomografi, Ultrason gibi görüntüleme işlemleri için çok geç randevu verildiğini bunun hekim eksikliğinden kaynaklanıyor olabileceğini ifade etmişlerdir. Bu süreçte hastalıklarının ilerlediğini ya da iyileştiklerini ifade etmişlerdir. Birçok kişi il dışındaki özel hastanelere gittiklerini maddi ve manevi açıdan ve zaman kaybı yaşadıklarından bahsetmişlerdir. Katılımcılardan % 23,656'sı (22 kişi) tedavi sürecinde görüntüleme ve radyolojik cihazların eksikliğinden veya personel eksikliğinden kaynaklı olduğunu düşündükleri geç randevu aldıklarını hemen sonuca ulaşamadıklarını kaynaklı geç randevu verildiğini belirtmişlerdir. Katılımcıların kendi ifadeleri aşağıda belirtilmiştir:

K-12 İstedığınız zaman randevu alamıyorsunuz. Röntgen ya da Mr sonucu bir hafta bir ay sonra çıkıyor düzeleceğini sanmıyorum. K-17 Randevular 1,5 ayda veriliyor. Ultrasonda çok sıra oluyor. Bir ay sonraya sıra veriliyor. Hasta ölür o sürede. Her hastanede Mr eski cihazların değil yeni cihazları olmalı. K-20 Mr ya da Tomografi için uzun süre beklemek, ya da bir tahlilimin yapılamaması olumsuz bir deneyim. Ekipman ve cihaz konusunda eksik olmamalı. K-24 Gittiğim devlet hastanesinde aynı gün her işimi bitirebiliyorum. Mr varsa o biraz sonraya kalabiliyor. K-26 Mr için bir iki ay sonrasına randevu vermeleri insanları zor durumda bırakıyor. Çoğu hastanın problemi bu. Ama arada tanıdık bir kişinin olması durumunda bu süre 3-5 güne düşebiliyor. K-42 Mr için çok geç gün veriyorlar. vBeklerken çok zorlandığım oldu. K-66 Burada da gerekli donanım olsa keşke. Mr çekilecek ya cihaz bozuk ya da sonraya randevu veriyorlar. Hâlbuki ki o gün işlemler bitmeli. K-81 Sıra beklemekten bir Mr için bile günlerce sıra beklediğim oldu. 20 gün sonra sonucunu almaktan bıktım.

Aldıkları hizmetin doğru ve güvenilir olmasını düşünen katılımcıların oranı % 39,785'dir (37 kişi). Doktorların doğru tanı koymaları ve buna yönelik tedavi sürecini doğru yönetmeleri gerektiğini, tedavi sürecinde izledikleri yola dikkat ettiklerini, koyulan teşhisin doğruluğunu başka yerlerde ikinci kez teyit ettirmek istemediklerini ifade etmişlerdir. Bu konuya değinen katılımcıların ifadeleri şu şekildedir:

K4- Koyulan teşhisin doğruluğunun kanıtlanmasını istiyorum. Farklı doktorlara giderek. Mr sonucumu mesela tek bir doktor yerine farklı doktorlara da göstermek isterim demiştir. K- 87 doktorun Yaptıkları açıklamalar güven veriyor bana. Başka bir yerden teyit ettiğim zamanda aynı sonuçları alıyorum diyerek teşhis noktasında doktorun güven vermesi gerektiğini belirtmiştir. K-31 Doktora derdini anlatabilmek güvenebilmek çok önemli şikâyetlerimizi anlatınca tecrübesine inandık giden hastalarıyla konuştuk. Biz o güveni verdi. Bilgisine ve tecrübesine güvendik diyerek doktorun bilgi ve tecrübesinin önemine değinmişlerdir. K-61 Her zaman hastalıklarda farklı tedavi yöntemi ve teşhisler koyuldu. İster istemez başka yerlerde teyit ettirmek zorunda kaldım birkaç kez.

Güvenilirlik boyutu içerisine giren fiyatta şeffaf ve vaat ettiği hizmeti verme noktasında katılımcıların % 31,183'ü (29 kişi) özel hastanelerin ücret politikalarını

eleştirmiştir. Eleştirilerini şu ifadelerde belirtmişlerdir: *K-1 Hastane ücretlerini karşılaştırıyorum. Düzenli olarak kontrollere gidiyorum ve yüksek ücretler ödüyorum. Her ne kadar bize sendika indirimi yapılsa da indirim çocuklar için geçerli olmuyor. Her gittiğimizde tahlil var olsa bile tekrar tekrar istiyorlar. K-20 Bazı hastanelin muayene ücretlerinde belli bir standart yok. Bu hastaneler fatura kesmiyor. Resmi olarak kağıt üzerinde var ama uygulama yok. K-24 Ücret de benim için çok önemli sendika indirimi olan hastane tercih ediyorum. K-30 İnsan odaklı bir sağlık hizmet sunulmuyor. Para odaklı bir sağlık hizmeti sunuluyor. K-40 Bazı yerlerde gereksiz tahliller istenerek fazla ücretler ödeniyor. K-45 Hastanelerin şeffaf olmasını bekliyoruz işte fiyattır ya da son anda gelen zamlar gibi. K-80 Ücret almak için lüzumsuz yere tahlil istedikleri yaptırdıklarını gördüm. Elimizde olan tahlilleri istemeyip yeniden yaptırıyorlar bence bu para tuzağı.*

4.5.4. Duyarlılık

Sağlık hizmetinin hızlı bir şekilde zamanında verilmesi, çalışanların hastalara çabuk bir şekilde yardım etme ve hizmet sunma istekliliği. Yapılan çalışmada hizmet kalitesini değerlendiren katılımcılar çalışanların hizmet sunma hususunda hevesli ve hazır olup olmadıklarına dikkat ettiklerini, hastanede karşılamayla başlayan hizmetin uğurlamayla son bulduğunu ifade etmişlerdir. Bu süreçte personelin yaklaşımına dikkat edenlerin oranı % 66,667 (62 kişi) olarak bulunmuştur. Kamu hastanelerinde aldıkları hizmeti değerlendiren, tedavi sürecinde, personelin yaklaşımından etkilenen katılımcılar görüşmelerde hastanelerde aldıkları hizmet kalitesini değerlendirirken, çalışanların müşterilere yardım etme ve hizmet konusunda hazır ve istekli oluşunu ya da olamayışlarının sebeplerini kendi bakış açılarına göre farklı şekillerde ifade etmişlerdir. Devlet hastanesine yönelik olarak hastaların % 36,559'u (34 kişi) çalışanların hizmet konusunda hazır ve istekli olmadıkları ve gereken yardımı gösteremediğini belirtmişlerdir. Katılımcılardan % 30,108'i (28 kişi) ise eskiye göre daha iyi hizmet verildiğini, çalışanların öz verili ve yardım sever olduklarını belirtmişlerdir. Özel sağlık kuruluşlarını tercih eden katılımcıların bahsedenlerin tamamı (26 kişi) müşterilere yardım etme noktasına değinmişler ve çalışanların ilgili ve yardım sever olduklarını, hizmeti zamanında aldıklarını, hizmetten son derece memnun kaldıklarını belirtmişlerdir. Özel sağlık kuruluşlarında hızlı ve sistemli

hizmet aldıklarını kamu hastanelerinde daha yavaş hizmet verildiğini ve daha çok bekletildiklerini belirtmişlerdir. Bazı katılımcıların ifadeleri şöyledir:

K-2 Bütün gün sırada beklediğimiz ve zaman kaybettiğimiz yetmezmiş gibi, muayenede hekim suratımıza bile bakmadan, üç beş dakika bile ilgilenmeden gönderiyor (yoğun ama yine de ilgilenilmesi isteniyor) K-8 En son yattığım özel hastanede hasta bakıcı ve hemşireler çok yardım severdi. Biz yaparız biz ederiz siz rahatsız olmayın şeklinde davrandılar. Bir hizmet satın alınca o zaman insanlar ilgi görmek ve mutlu olmak ister. Beklenti en çok bu noktada bence. K-10 Hekimler ve sağlık çalışanları ile bir problemim yok ama memurlardan rahatsızım. Şahsen insan gibi muamele bekliyorken memurlardan bir güler yüz bile görmüyoruz, adamına göre muamele ediyorlar. K-11 Hastanede geçen vaktin başından sonuna kadar beğendiğim hiçbir şey yok. Hekimler ve çalışanlar çok ilgisiz ve umursamaz. Doktorun odasına girip çıkmamız çok kısa sürüyor. Doktorun yüzümüze bile bakmadığı zamanlar oluyor. K- 12 Hastanede doktordan çok sekreter var sanki vali yardımcısı gibiler insana muamele sıfır. Kaliteyi paramızla alıyoruz. İlgileniyorlar ilgilenildiğini hissettiriyorlar. Buradaki ve oradaki değer vermeleri farklı. Burada doktor ters ters bakıyor. K-13 Özelde ilgi alaka daha iyi. K-17 Özel hastanelerde özellikle hemşireler çok iyi çok yardımcı. Çok hızlı ilerliyor süreç. K- 18 Sağlık çalışanları yoğun çalıştıkları için stresli olabiliyor, ters tavırlara karşılaştığımız oluyor. Arada sırada ufak şeyler olsa da genel olarak profesyoneller. Mesela kan tahlillerinde hemşireler, hastaları oldukça sert tavırlarla yönlendiriyorlar. K-22 Sıkıntılı olan hastalar hiçbir ayrımcılık yapılmadan hoş ve kibar bir şekilde karşılanmalı. Tüm hastalar sırasını bekleyebilir ama kimseye haksızlık yapılmamalı. Hastaların muayeneleri mümkünse aynı gün içinde tamamlanmalı. Örneğin il merkezlerine ilçelerden gelen hastaların muayenesi ertesi güne kalmamalı, ertesi güne kaldığı takdirde bu durum işkenceye döyor. Çözüm odaklı olmalı. K- 24 Bazı yerlerde personel ekstra ilgi gösteriyor gibi. Memnuniyete daha çok bakılıyor. Daha güler yüzlü ve esnek davranıyor. K-26 Karşılamanın personelin ve doktorun yanındaki personelin tavrına ilgisine alakasına ve beni çağırış biçimine bile dikkat ederim. K-34 Yaşlılara hoş karşılanmalı. K-37 Kolum kırıldığında doktorun kendisi benimle alçı odasına geldi ve abimmiş kardeşimmiş gibi davranarak beni sakinleştirdi. K-44 İlgi benim için önemli, bazı doktorların hasta sayısı arttıkça hastalara olan ilgisinin azaldığını, ukalalaştığını ve hastalara karşı saygısızlaştığını

gördüm. Bu durumlarda doktor değiştirdiğim olmuştu. K-73 İnsanlar zaten hasta olduğu için doktora muhtaç bir şekilde gidiyorlar. Temel seviyede ilgi alaka mutlaka olmalı. İlgisizlik olduğunda kendimi çok kötü hissediyorum. K-75 Kimisi de yüzüne bile bakmadan direkt bilgisayarda tak tak ilaç yazınca geçer deyince insan önemsenmediğini hissediyor. Bir dakika bile muayene gördüğüm oldu.

4.5.5. Güvence

Güvence boyutu çalışanların kibar ve bilgili olmaları ve müşterilerde güven duygusu yaratabilme yeteneğidir. Müşterilerin fiziksel güvenliğini tehlikeye atmama, risk ve şüphe durumunun olmamasını, kendilerini güvende hissetmelerini ve mahremiyeti içermektedir.

Görüşmelerde katılımcıların gittikleri hastanelerde çalışanların davranışlarından olumlu ya da olumsuz direkt etkilendiklerini belirtmişlerdir. Bazı katılımcılar Sağlık hizmeti alırken zaten hastalık psikolojisiyle gittiklerini üzgün ve mutsuz hissettiklerini, hastalığın verdiği huzursuzluk ve tedirginlik yaşadıklarını personelin olumsuz davranışıyla karşılaştıklarında sert tepki gösterdiklerini veya sesiz kalarak bir daha aynı yere mecbur kalmadıkça gitmemeyi tercih ettiklerini belirtmişlerdir. Hastalık psikolojisi içerisinde oldukları kendilerini korunmasız ve muhtaç hissettikleri için güven içinde özellikle yataklı kısımlarda emniyet olarak da güven içinde olmaları gerektiğini ifade etmişlerdir.

Sağlık kuruluşlarında aldıkları hizmeti güvence boyutuna göre çalışanların kibar ve bilgili olmaları ile katılımcılarda kendilerine bir güven oluşturabilmelerini değerlendiren katılımcıların oranı % 80,645 (75 kişi) olmuştur. Kamu hastanelerini değerlendirenlerin oranı 47,312'dir (44 kişi). Özel sağlık kuruluşlarında çalışanların davranışına değinen katılımcıların oranı % 33,333'tür (31 kişi). Çalışanların kendilerine iyi davrandıklarını cana yakın olduklarını hizmetin başlangıcından sonuna kadar aynı yaklaşım içinde olduklarını ve çalışanların nezaketine çok dikkat ettiklerini ve memnun kaldıklarını belirtmişlerdir.

Kamuda çalışan doktor ve hemşirelerin çalışma şartlarının ağır olduğundan, özellikle hekimlerin daha az hasta bakarlar ise daha iyi hizmet verebileceklerini, çalışanların gergin ve agresif olmasını uzun çalışma saatlerine bağlı yorgunluktan kaynaklandığını ifade etmişlerdir. Özellikle kamu hastanelerinde doktorun yanında

çalışan sekreterlerin tutum ve davranışlarından hoşnut kalmayan katılımcıların ifadeleri aşağıda belirtilmektedir:

K-12 Bir hastanede dört dörtlük bir şey istemiyorum. Sadece hastalarla ilgileniler rutin olanı yapsalar benim için yeter. Hastayı iyi karşılırsın normal ilgilenilsin yeterli. Dört dörtlük hizmet olmaz hiçbir zaman. K- 13 Doktordan daha çok fonksiyonu var sekreterlerin daha havalı. Bazıları insanın yüzüne bile bakmıyorlar ama doktor öyle değil. K-16 Bu durumun devletin sahip olduğu imkânlardan kaynaklandığını düşünüyorum. Bu yüzden devlet hastanelerinden beklentilerim ona göre oluyor. Doktorların hasta sayısı az olsaydı daha iyi hizmet vereceklerini düşünüyorum eğer imkânları olsaydı daha güler yüzlü, daha fazla zaman ayırabilirdi. Personel tutumu özveri yüksek. Devlet yapmalı bir eksiklik var ki yerini başka kuruluşlar dolduruyor. K-18 Arada sırada ufak şeyler yaşanıyor. Mesela kan tahlillerinde hemşireler, hastaları oldukça sert tavırlarla yönlendiriyorlar. Emir kipi kullanarak otur kalk diyorlar. Hastalık psikolojisiyle böyle bir şeyle karşılaşınca doğal olarak sürtüşmeler yaşanabiliyor. Bazı doktorlar kapıyı çalmadan girdin, çık dışarı diyebiliyor, böyle şeyler duyuyoruz. K-21 İnsan kaynakları doğru yönetilmeli. Güler yüzle karşılamak, ilgili alakalı davranmak hastalığın da yükünü hafifletmektedir. K-24 Özel hastanelerde personel ekstra ilgi gösteriyor gibi. Memnuniyete daha çok bakılıyor. Daha güler yüzlü ve esnek davranıyorlar. K 29 Kraldan çok kralcılar çok havalılar tanıdıklarını araya sokuyorlar. Çok fazla sekreter var böyle. K-31 Çalışanların insancıl olması çok önemli. Zaten bir sıkıntıyla gidiliyor oraya. Zaten hasta olarak gidiyoruz ters bir tavır gördüğümüzde huzursuzluk ve gerginlik yaratıyor. Ters bir tutumla karşılaştığımızda olduğunda güvenli bir ortamdayız rahat rahat tedavimizi olup gideceğiz diye düşünüyörüz. K-38 Numara veren çalışanların burada çok incitici davrandıklarını gördüm. K-39 Sağlık aynı zamanda psikolojik bir iş. Bunu dikkate almak gerek. Size gelen insan bir son çare olarak derman almak için geliyor. Korkuyla geliyor. İyi bir hizmet vermek istiyorsa sağlık kuruluşu önce bütün ekibinin bu anlayışla yola çıkması lazım. K-45 Hasta güvenliği önemli ben oraya geleceğim bilinçsiz olacağım uyuyacağım beni koruyacak bir yer olmalı. Kaldı ki kapıdan girişten itibaren kendini güvende hissetmek istiyorsun hem maddi olarak hem de hastalığımı çözecek mi ya da doğru yer mi diye... K-47 İnsanlar bazı yerlerde hırpalanıyorlar. Ürküyörüm. Hastaya olması gereken ilgi alaka gösterilmeli. K-48

Gittiğim özel Doktorlardan memnunum. İnsanlara yaklaşımı karşılıklı sıcak yaklaşımı beni mutlu ediyor. K-50 Bazı doktorlar ve hemşireler bu durumu oldukça özümsemiş, o çalışanlar çalışmamalı, ayrılmalı. Konuşmaları sıcakkanlı değil, çok negatifter. Neden hastaya şefkatli davranılmıyor? Neden hemşireler sevilmiyor? Çünkü hemşireler yorgunlar. Samimi davranırsak hastaları şımartırız diye düşünüyorlar, fakat hastaların şefkate ihtiyaçları var. Çok sık değiştirilmeli çalışma saatleri. Doktorların yaklaşımı her anlamıyla güven verici olmalı. Örneğin seninle ilgi şu işlemi yapılması uygun olur deyince karşıyı ikna edebilmeli. Güvenmek hekime gerekiyor. K-52 Çalışanların ilgisi çok önemli. Siz hastaneye gelen insana ona insanmış gibi hissettirirseniz diğer şeylerinde yakalanabileceğine inanıyorum. K-53 Kamuda doktorlarda bıkkınlık yorgunluk hemşire ve yönlendirme yapan danışman arkadaşların yorgunluktan süregelen bir bıkkınlıklarının olduğunu gördüm. Sağlık çalışan sayısı az olduğu için personelde bıkkınlık var. Hekimler yorgunluk ve bıkkınlıktan dolayı verimin düştüğüne inanıyorum. K 56 Surat asan memnuniyetsiz ifadeyle karşılayan doktorlar var. Hasta yoğunluğundan dolayı olmalı. K-58 Bazen acil kısmında doktorların çok yorgun olduğunu ve sabırlarının kalmadığını gördüm. Ama ellerinden geleni yapıyorlar. K- 62 İşini iyi yapan doktorlar da var. İşini yapmaktan yorulmuş olanlarda. Ama diş hastanesi genelde kötü. Skor yapmaya çalışan skorcular gibiler. K-63 Acilde çalışan personelin yaklaşımı acilde çalıştıkları için olsa gerek hasta yakınlarına acil giriş kısmında sert davranış sergiliyorlar. K-65 Doktorun yanında çalışan kişiler daha çok rahatsız edici tavırlar içinde oluyorlar. Yaşlı ve köyden gelen davranışları beni çok sinirlendiriyor. Ama doktor anlamında bir sıkıntı yaşamıyoruz. Doktordan çok doktorculuk oynayan personellerle karşılaşmak insanı üzüyor. K-71 Doktor kendini bazen iyi hissetmeyebilir. İşine yansıtması gerekir. Ruh hali değişebilir anlıyorum tabi onları ama. K- 78 gittiğim özel doktoruma güvenim sonsuz. Geri dönüş yapıyor mesaj attığımda arıyor. K- 89 Bazı doktorlar üstün körü bakıyorlar. Ayrıntılı bakmıyorlar. Memnun kalmayınca özele gidiyorsun sonuç alabiliyorsun. Neden burada o sonucu alamıyoruz. Sonuçta hepsi tıp eğitimi alıyorlar. K-92 İyi davranış ve hoş görü beklerim. İyi doktor geçirmez incelikli muayene ederek teşhis yazıp gönderiyor kimi de oturduğu yerden muayene ediyor. O bana güven vermiyor.

4.5.6. Empati

Çalışanların kendini hastanın yerine koyabilmesi ve onların ihtiyaçlarını anlaması, kişisel ilgi göstermeleri ve bu konudaki duyarlılığıdır. Hastaların empati boyutuna yönelik kalite algısını yükseltecek ya da düşürecek çalışanların tutum ve davranışlarıdır. Yapılan görüşmelerde katılımcıların % 58,065'i (54 kişi) yaptıkları değerlendirmelerde empati boyutuna ilişkin değerlendirmelerde bulunmuştur. Gittikleri özel ve kamu sağlık kuruluşlarını empati boyutuna göre değerlendirmeleri, çalışanların hizmet konusunda hazırlıklı ve istekli olup olmadıklarına göredir. Kamu hastanelerini tercih edenlerin oranı % 39,785 (37 kişi) oranında empati boyutuna ilişkin değerlendirmelerde bulunmuştur. % 18,280 (17 kişi) Özel sağlık kuruluşlarına ilişkin değerlendirmelerde bulunmuştur.

Çalışanların özel hastanelerde daha güler yüzlü olduğunu, ilgiyle karşılandıklarını, işlerini kolayca hallettiklerini ve çok bekletilmediklerini ifade etmişlerdir. Kamu sağlık kuruluşlarında geç randevu aldıklarını bazen randevuların haber verilmeden iptal edildiğini, muayeneden önce çok bekletildiklerini, çalışanların yorgun ve memnuniyetsiz olduklarını bunun iş performansına yansıdığını ve çalışanların hizmet sırasında çok istekli olmadıklarını belirtmişlerdir. Hizmet konusunda özel sağlık kuruluşlarıyla kamu kuruluşları arasında bariz farklar olduğunu belirtmişlerdir. Katılımcıların ifadeleri aşağıda verilmektedir:

K-2 Gittiğim özel muayenehanelerdeki ilgi alaka çok güzel. Güler yüz, sorularıma hızlı bir şekilde cevap verilmesi çok iyi. K-23 özel hastanelerde ilk girişte hastalara yol gösteriliyor psikolojik olarak rahatlatılıyor. Hekimin tavsiyeleri ve sizi anlaması ilgi göstermesi diğer sağlık çalışanlarının da aynı şekilde olması. Memnuniyet katsayısını yükseltiyor. K-35 Hasta Bakımına doktorların insanlığına çok dikkat ederim. Güler yüz tatlı dil hizmet, hastaya moral veriyor. K-40 Doktorların ilgisiz olduğunu düşünüyorum. Kimisinin iş yoğunluğundan kiminin de insanları önemsemediğini düşünüyorum. Yani hastaları bir obje gibi görüyorlar empati kurmadıkları içinde hastalarla ilgilenmiyorlar. K- 51 Devlet hastanelerinde doktorların anlayışla güler yüzle verdiği hizmet güzel. Karşıdaki kişiyi kendi seviyesinde görerek anlatıyor. K-42 Güler yüze ve ilk karşılamaya bakarım sonra doktorun iletişiminin ihtiyacımı karşılaması olumlu sonuçlanması önemli. K-43 Genç

yaşlı demeden, şehirli köylü demeden eşit yaklaşımları lazım, insan ayırmamaları lazım. Köylü biri geldiğinde yüzüne bile bakmıyorlar. Ama kravatlı modern giyimli biri gelince hemen efendim buyurun, yardımcı olalım diyorlar. K-44 Şu an ki doktorumda her gittiğimde aynı ilgiyi aynı alakayı buluyor olmam. Doktorun her şeyi anlatması ve gittiğim yerde rahat etmek isterim. K- 63 Acilde çalışanların motivasyonlarının yüksek olması gerekir. Acilde çalışan personelin yaklaşımı acilde çalıştıkları için olsa gerek hasta yakınlarına acil giriş kısmında sert davranış sergiliyorlar. K- 65 Hastanede güler yüze çok dikkat ediyorum. Kişinin özel sorunlarını hastaya çok yansıtması hoşuma gitmiyor. Karşısındakinin bir birey olduğunu anlamalarını isterim. İlgi alaka beklerim zaten sıkıntıyla gidiyorsunuz gösterilen ilgi alaka o hastaneden memnun kalmanızı sağlayan birinci neden. K-71 Anlayış güzel ilgili hizmet karşılıklı konuşarak derdimi anlattığım da anlaşılacak isterim. Doktor kendini bazen iyi hissetmeyebilir. İşine yansıtması gerekir. Ruh hali değişebilir anlıyorum tabii onları. K- 76 Karşısındaki insana indirgemesi gerekir kimi çok üsten bakıyor. İletişimi iyi tutmak gerektiğini düşünüyorum. Sadece hasta olarak bakmamak gerekiyor insan olarak görmeli iyi iletişim kurmalı. K- 79 Çalışan memurlar hemşireler vatandaşa karşı saygılı olması lazım. Doktor da orada yılmadan hastaya cevap vermelidir. Hadi oradan dememelidir. K- 88 İletişim çok önemli, karşılama şekli, güler yüzle karşılması çok önemli. Kapıdan girdiğinde hizmet başlıyor. İşin bitip çıkana kadar cevabını bulmuş olman gerekiyor. Tedavini % yüz alamamış olabilirsin ama ruhen arınmış olman gerekiyor. Çok sıra bekletilmemelisin. Doktor seni azarlamamalı.

4.5.7. Bilgilendirme

Bilgilendirme hizmet süreçlerine ve durumuna ilişkin gerekli bilgilendirmelerin yapılması, bilgi alabilecek kaynakların bulunmasını ifade etmektedir. Bu kapsamda özellikle bu hekimin hastaya hastalığıyla ilgili yeterli bilgi verme, açıklama yapma, tedavisiyle ilgili yapılacak tetkikleri açıklama, yapılacak işlemlerden önce onam alma ve tedavi sürecinin hastanın anlayabileceği şekilde açıklaması çok önemlidir. Ayrıca hastaların yapmaları gereken işlemlere yönelik bilgilendirilmesi de hizmet kalitesi açısından önemli bir unsurdur.

Hasta beklentilerinin karşılanması açısından bilgilendirme boyutu memnuniyeti artıran önemli bir etkiye sahiptir. Nitekim bilgilendirmenin önemine değinen katılımcılar, yaptıkları her işlem öncesi çalışanlardan bilgi aldıklarını belirtmişlerdir. Bu süreç de birçok sıkıntı yaşadıklarını, bilgilendirmenin tedavi sürecinin sağlıklı yürütülmesi açısından hayati önemi olduğunu vurgulamışlardır. Bazı katılımcılar, doktorlar ve diğer sağlık çalışanlarıyla sağlıklı bir iletişim kuramadıklarını sekreterlerin bilgilendirme noktasında ilgisiz kaldığını, hemşirelerin çalışma yoğunluğundan yeterli zaman ayıramadıklarını ve tedavi sürecinde gereken bilgilendirmeyi yapamadıklarından bahsetmişlerdir. Doktorların ise, çalışma şartlarının yoğunluğundan dolayı muayene için yeterli zaman ayıramadığını hastalıklarıyla ilgili geniş bilgi alamadıklarını, özellikle kamu hastanelerinde hekimlerin doğru teşhis noktasında sadece tetkike yöneldiğini ya da hızlı reçete yazarak hastayı hemen gönderme gereği duyduğunu ifade etmişlerdir. Hekime iki soruyu üst üste sormadıklarını, çekindiklerini doktorun dışardaki hastayı almak için hemen işini bitirip göndermek istediklerini belirtmişlerdir. Doktorun yaklaşımının bilgilendirme noktasında çok önemli olduğunu, rahat soru sorabilmeyi cevaplar alabilmeyi sağlıklı iletişim kurabilmeyi, doğru önerilerde bulunulmasını, hastalığıyla ilgili doğru teşhisi koymalarını, ilaçların kullanımının anlatılmasını ifade etmişlerdir. Kamu hastanelerinde bilgilendirme birimlerinin olduğunu yaşadıkları bir takım olumsuzlukları buradan yardım alarak çözdüklerini belirtmişlerdir. Katılımcılar beklentilerin altında hizmet aldıklarında özel sağlık kuruluşlarını tercih ettiklerini belirtmişlerdir. Katılımcıların % 43,011'i (40 kişi) bilgilendirme boyutuna değinmişlerdir. Katılımcıların % 24,731'i (23 kişi) kamu hastanelerinde almış oldukları hizmetin bilgilendirme boyutuna değinmişler ve memnuniyetsizliklerini ifade etmişlerdir. Özel sağlık kuruluşları ile ilgili değerlendirme yapan katılımcıların % 18,280'i (17 kişi) çalışanların bilgi verme ve bilgi alma noktasında değerlendirmiş ve aldıkları hizmetten memnun kaldıklarını belirtmişlerdir. Muayene sırasında ve sonrasındaki geri dönüşlerden memnuniyetlerini dile getirmişlerdir. Hastalık sürecinde bilgilendirme boyutunun olmazsa olmaz olduğunu katılımcıların çarpıcı ifadeleri şu şekilde örneklemetedir: *K-2 Devlet hastanesinde sorulara gerekli cevapları veremiyorlar. Niçin beklediğim belirtilmiyor. Doktorun ilgilenmesi; hastalığın ayrıntılı olarak açıklanması gerekiyor. Yüzünüze bakmadan, beş dakikalık*

bir konuşma bile yapmadan gönderiyor; içimden zaten kapıdan girebilmek için bile çok zaman harcadım diyorum. Doktorların hekimliklerini asla sorgulamıyorum ama derdimi anlatırken fiziken ve ruhen rahat olmalıyım, bir yatıştaymış gibi anlatmamalıyım. K- 5 Devlet hastanesinde daha fazla zaman ayırmalarını, daha uzun beklentilerimi izah etmelerini isterdim. K-9 Yetkili kişiler tarafından hastaya ve yakınlarına hastalığa ve tedaviye dair bilgi verilmeli. İlaçların yan etkileri anlatılmalı. K- 11 Kamu hastanelerinde sekreterlerin ilgisiz olması yeterli açıklama yapmaması. K- 12 Özellikle hastaları karşılayan sekreterlerden şikâyetçiyim. Doktora bir şey soruyorsun mütevazı karşılıyor ama sekreterler öyle değil. K-31 Bir hastanın en büyük beklentisi iletişim kurabilmektir. Tek istediği budur. Sıkıntısını rahatça anlatabilmek ve doktorlara güvenebilmek. Doktorun şikâyetlerimizi anlatınca anlayabilmesi. K- 39 Doktora güvenmek çok önemli. Hastalığın çaresi anlatılmalı hasta tatmin edilmeli soru işaretleri kalmamalı. K-37 Bazı doktorlar gerçekten konuşturtmuyorlar bile. K- 51 İnsanlar hastasını hastaneye getirdiğinde onun stresiyle aklı başında olmayabiliyor. Personeller bunu yap şunu yap dediklerinde şaşırıp kalıyorsun ve kimse de yardımcı olmuyor. K-52 Örneğin göz doktoruna gittiğimde göz tembelliği vardı bununla ilgili geçer mi geçmez mi vs. noktasında aydınlatıcı olmalı. Bilgilendirmeyi tam olarak almak isterim. K- 76 Benimle ilgilenince daha çok hoşuma gidiyor şikâyetlerimi sorması ya da senin şuyun var deyip beni bilgilendirince ya da şunları yapma şunu yap demesini yani sağlıklı iletişim kurunca böyle kaale alındığımı düşünüyorum. K- 84 Adam akıllı hastalığınızla ilgili, bilgi almak istiyorsunuz o yok. Özellikle son dönemlerde daha da arttı gibi. K- 88 Sorunumu anlattığımda sorulardan çok duymak istediğimi onun beni görerek anlatması. K- 90 Sorduğum her şeye cevap almak isterim. Bilmediğim şeyleri sorarım doktorun ağzına bakıyorsun o ana çünkü hastasın. K- 91 Yoğun bakımdaki hastanızdan sadece bir kez bilgi alabiliyorsunuz. Bence bu yeterli değil.

SONUÇ

Çalışma, hastane alıcılarının aldıkları bakım kalitesini değerlendirirken neye baktıklarına baktı ve bu unsurları, mevcut bakım kalitesi literatürü içinde kategorize etmeye çalışılmıştır. Katılımcıların sağlık hizmetlerini geçmiş deneyimlerine, çevrelerinden gelen tavsiyelere ve hizmet sunum sürecinden yararlanma sıklığına göre derecelendirdikleri görülmektedir. Tıbbi bakım verme sürecinde nelere dikkat ettiklerini, nasıl hizmet aldıklarını, nelerden memnun kaldıklarını hasta açısından değerlendirdikleri görülmektedir. Belirtilen iddialar, Parasuraman, Berry ve Zeitam (1985: 41-50) tarafından geliştirilen hizmet kalitesinin beş boyutuna ek olarak Groonros bakım bilgisi ve kalite boyutuna göre 7 boyutta değerlendirilmiştir. Sağlık kuruluşlarında bakım kalitesinin değerlendirildiği çalışmamızda, hasta beklenti ve algılarının ServQual ölçeği kullanılarak derinlemesine ölçülmesi, bu ölçeğin kullanılmasının etkili olduğunu kanıtlamıştır

Çalışma süresince, hizmet kalitesinin danışanların (hastaların) algısı değerlendirilerek kalite parametrelerine göre sınıflandırılmış ve aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır. Demografik özellikler dikkate alındığında, hizmet kalitesi algıları konusunda; yaş, cinsiyet, medeni durum, meslek ve eğitim grupları arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür. Ancak hastane tercihleri gelir düzeyine göre değişiklik gösterebilmektedir. Düşük gelirli hastaların devlet hastanelerini, yüksek gelirli hastaların ise özel sağlık kuruluşlarını tercih ettiği ve beklentilerinin daha yüksek olduğu açıktır. Katılımcıların hizmet öncesi, sırası ve sonrasındaki değerlendirmeleri, çalışanların davranışlarından hem olumlu hem de olumsuz olarak doğrudan etkilendiklerini, personelin kişisel niteliklerinin ve hasta-çalışan ilişkisinin hasta memnuniyetini etkilediğini göstermektedir. .

Katılımcı puanları, müşteri beklentilerini etkileyen en önemli kalite parametresinin %80,645 (75 kişi) ile garanti parametresi olduğunu göstermektedir. Memnuniyet düzeyinin çalışanların davranışlarını, nezaketini, dürüstlüğünü ve hizmetini olumlu ya da olumsuz etkilediği, katılımcıların ifadelerinden anlaşılmaktadır. Devlet hastanelerinde ihmal edildiklerini, ödeme politikasına yönelik eleştirilerine rağmen özel sağlık kuruluşlarına başvurmaya devam ettiklerini, baştan sona çok kaliteli hizmet aldıklarını ifade etmişlerdir. Katılımcılar, kamu hastanelerinde

gerekli hizmeti alamadıklarını, çalışanlarla diyaloglarını daha çok dile getirdiklerini, pandemi sürecinde sınıra geldiklerini, daha olumsuz görüşler dile getirdiklerini ve çalışanların ilgilenmediğini belirtmişlerdir. Güveni ölçtükten sonra güveni ölçmenin katılımcılar üzerinde %68,817 (64 kişi) oranında etkisi olduğu belirlenmiştir. Tıbbi hizmetler kişinin hayatını doğrudan etkilediğinden, randevuları geciktirmeden, randevuları iptal etmeden, doğru teşhis ve tedavinin hemen uygulanması gerekmektedir. Katılımcılar sağlık kurumlarına her anlamda güvenmek istediklerini, sağlık profesyonellerinin danışanlarına karşı içten davranmaları ve bir sorunla karşılaştıklarında sorunu çözmek için gerekli çabayı göstermeleri gerektiğini belirtmişlerdir.

Duyarlılık boyutuna ait değerlendirmelerin, çalışanların hastaların isteklerine hemen cevap verme, yardımcı olma ve çabuk bir şekilde hizmet sunma isteği ve zamanında verilen hizmetin duyarlılık boyutu çerçevesinde olduğu görülmektedir. Bu süreçte personelin yaklaşımına dikkat edenlerin oranı % 66,667 (62 kişi) olarak bulunmuştur. Katılımcılar, kamu hastanelerinde randevulu gitmelerine rağmen bekletildiklerini, hizmet saatinin belli olmadığı, yeterli açıklamanın yapılmadığı, özel sağlık kuruluşlarında daha hızlı hizmet aldıklarını, çalışanların yardım etmeye daha hevesli olduklarını ve meşguliyet belirtmediklerini ifade ettiği görülmektedir. Ayrıca, probleminin hasta yoğunluğundan kaynaklandığını belirtmişlerdir.

Duyarlılık boyutuna ait değerlendirmelerin, çalışanların hastaların isteklerine hemen cevap verme, yardımcı olma ve çabuk bir şekilde hizmet sunma isteği ve zamanında verilen hizmetin duyarlılık boyutu çerçevesinde olduğu görülmektedir. Bu süreçte personelin yaklaşımına dikkat edenlerin oranı % 66,667 (62 kişi) olarak bulunmuştur. Katılımcılar, kamu hastanelerinde randevulu gitmelerine rağmen bekletildiklerini, hizmet saatinin belli olmadığı, yeterli açıklamanın yapılmadığı, özel sağlık kuruluşlarında daha hızlı hizmet aldıklarını, çalışanların yardım etmeye daha hevesli olduklarını ve meşguliyet belirtmediklerini ifade ettiği görülmektedir. Ayrıca, probleminin hasta yoğunluğundan kaynaklandığını belirtmişlerdir.

Teknik hizmet kalitesinin, hizmet sunum sürecinde şekillendiği, pek çok katılımcının kendi bakış açısına göre sağlık hizmetlerini değerlendirdiği görülmektedir. Yapılan görüşmelerde katılımcıların, cinsiyet farklılığı, medeni hali,

yaşı, eğitimi gibi faktörlerin kalite değerlendirmeleri üzerinde dikkat çeken bir etkisi görülmemiştir. Bununla birlikte, gelir düzeyine bağlı olarak hizmet kalitesi algısının değişiklik gösterdiği, kamu hastanelerinde beklentilerin asgari tutulduğu, özel sağlık kuruluşlarına giden hastaların ücret karşılığında hizmet aldıklarını düşündükleri için, beklentilerini azami düzeyde tuttukları ve memnuniyet düzeylerinin yüksek olduğu görülmektedir. Teknik hizmet kalitesini katılımcıların tamamı değerlendirmiş olup, hizmetin nasıl olması gerektiği noktasında beklenti ve şikâyetlerini hemen hemen her konuda ifade etmişlerdir. Bu nedenle herhangi bir oran verilememiştir. Tüm katılımcılar her sıklıkta hızlı ve doğru teşhis konulmasına, çalışanların güler yüzlü, anlayışlı olmasına ve fiziksel koşullara özellikle hijyene dikkati çekmişlerdir. Katılımcıların kaliteli hizmet anlayışını; hastanenin fiziksel konumu, iç donanımı, personelin tutumu davranışı ve verilen hizmetin belirlediği görülmektedir. Araştırma kapsamında hastaların acil durumlarda en yakın sağlık kuruluşlarını tercih ettikleri, acil olmayan durumlarda hekim ve hastane seçtikleri bu tercihi doktorun geçmiş deneyimlerine bakarak veya hastanelerin hizmet noktasında fiziksel koşullarına, ulaşılabilir olmasına ve tedavi sürecinin yapılmasına bağlamışlardır. Çalışmada katılımcılara almış oldukları sağlık hizmetini değerlendirirken, sağlık kuruluşlarını özel ve kamu olarak ayırmadıkları deneyimlerini doğal olarak paylaşmışlardır.

Ülkelerin temel sağlık göstergeleri gelişmişlik düzeylerini göstermektedir. OECD ülkeleri verileri ile kıyaslandığında ülkemizde sağlık göstergelerinin geliştirilmesi gerekmektedir. Ülkemizde sağlık hizmetlerinin gelişmesi için, teknolojik ve ekonomik gelişmeler yapılmakta, bilimsel çalışmalar ışığında yenilikler takip edilmektedir.

Sağlık hizmetlerinde hasta beklenti ve algılarını ölçmek için Servqual ölçeğinin kullanıldığı anket yöntemi kullanılarak sorular üzerinden sonuçlara göre hizmet kalitesi boyutlarının ölçüldüğü bilinmektedir. Bu çalışma pandemi sürecinde görüşme yöntemi ile sınırsız sürede kişilerin kendilerini rahat ifade etmeleri sağlanarak konuşmaları sağlanmış ve sağlık hizmetlerini değerlendirmeleri istenmiştir. Görüşmelerde bu zorlu süreç de katılımcıların hassasiyet düzeylerinin arttığı bunun da hizmet boyutlarında açıklandığı ve sonraki çalışmalara kaynaklık edebileceği düşünülmektedir. Yapılan çalışmanın sağlık hizmetleri kalitesinin gelişimine katkısı olabilecektir.

Katılımcıların kalite boyutlarına önem verdiği, hizmet sunum sürecinde fiziksel koşullar ve çalışanların davranışlarına, yönlendirme sıkıntısına, bilgilendirmeye, özel sağlık kuruluşlarının ücret politikaları konusuna değindikleri görülmektedir. Buna yönelik sağlık kuruluşlarının kaynak israfının önlemesi, yeniliklerin takip edilmesi, fiziksel olarak hijyeni tam mana da sağlamış olması ve bunun için etkin denetim mekanizmaları kurması, yeterli sayıda personelin istihdamını sağlaması, karmaşık olmayan yönlendirme tabelaları koyulması ya da danışma hizmetlerinin daha aktif çalıştırılması önerilmektedir. Çalışanların uzun çalışma saatleri ve maaşlarının düzenlenerek mutlu bir örgüt iklimi yaratılmalıdır. Kendini iyi hisseden yorgun olmayan moral ve motivasyonu yüksek olan bir sağlık çalışanı, gelen her hastayla pozitif ilişki kuracak ve böylece müşteri tatmini sağlanacaktır. Bu kapsamda hastane yönetimine büyük görevler düşmektedir. Çalışanların eşit şartlarda çalıştırılması, özlük haklarının verilmesi, hizmet içi eğitimler düzenlenmesi ve sosyal faaliyetler düzenlenmesi faydalı olacaktır. Yardımcı personellerin hasta ile sağlıklı iletişim kurmaları için oryantasyon eğitimi başta olmak üzere gerekli eğitimler ile geliştirilmelidir. Hastalara gerekli bilgilendirme yapılması onların kendilerini değerli hissetmelerine ve tedavi sürecine psikolojik katkı sunacağı ve memnuniyet düzeyini arttıracaktır. Kamu hastanelerinde bilgilendirme birimleri ve kalite birimlerinin daha etkin çalışmalar yapması önerilmektedir.

Özel sağlık kuruluşlarının müşteri sadakatini hedeflediği bunu müşteri memnuniyeti sağlayarak yaptıkları, Sağlık Bakanlığının kamu hastanelerini rekabet amacı güdülmenden eldeki imkânlarla göre kısıtlı bütçelerle yönettiği ancak beklentilerin karşılanamadığı görülmektedir. Hastane yönetimlerinin daha sıkı denetimlere tabi olması gerekmektedir. Mükemmellik esasına göre hastalara en yüksek kalitede hizmet verilmesi amaçlanmalıdır.

İkinci basamak sağlık hizmetlerinin daha aktif hale getirilmesi birinci basamak sağlık hizmeti veren hastanelere yığılmanın önüne geçecektir. Hasta sayısının düşebileceği böylece randevu saatlerinde aksamalar olmayacak süratle tedavi olan hastaların o kuruma karşı sadakat ve güven duygusu gelişecektir. Tekirdağ ilinde kamu hastanelerinden memnun kalmayan katılımcıların özel sağlık kuruluşlarına giderek hizmet aldıkları görülmektedir. Tekirdağ ilinde Özel sağlık kuruluşu olmadığı için memnun kalmayan müşterilerin çevre illerdeki özel sağlık kuruluşlarına gittikleri

bunun maddi ve manevi külfet getirdiği mümkünse Tekirdağ iline daha fazla özel sağlık kurumu açılması gerektiği önerilmektedir. Tekirdağ ili X hastanesinde hekim sıkıntısı yaşandığı bir branştan birkaç hekimin olması önerilmektedir. Katılımcıların bazı ifadelerinin sınıflandırmada yer almadığı boyutlandırılmadığı bunun da farklı bir konuya araştırma olarak kaynaklık etmesi önerilmektedir. ServQual hizmet ölüm modelini kullanarak işletmeler verdikleri hizmeti değerlendirerek müşterilerinin beklentilerini ölçebilirler. ServQual modelinin uygulanmasıyla elde edilen veriler, hizmet kalitesini arttırmak isteyen işletmelere yardımcı olmaktadır. İşletmeler, bu veriler sayesinde başarıya ulaşabilirler.

Çalışma sonuçları dikkate alındığında bundan sonra yapılacak çalışmalarda var olan hizmet kalitesi boyutlarının hizmet kalitesinin değerlendirilmesinde kullanımının büyük lde yeterli olduğu ancak ServQual leğinin ifadelerinin boyutları değerlendirmede yetersiz olduğu görülmektedir. Farklı hizmet sektörlerinde de müşteri söylevlerinden faydalanılarak yapılacak benzer çalışmalar literatüre ve sektöre katkı sağlayacaktır. Ayrıca hizmet kalitesinin değerlendirilmesinde daha kapsamlı ifadeleri içeren bir ölçek geliştirilme çalışmasına ihtiyaç vardır.

KAYNAKÇA

- Açan, H. İ. (2016). *Toplam Kalite Yönetimi Uygulamalarının Çalışanların İş Tatminine Etkisi Üzerine Bir Uygulama* (Master's Thesis) İnönü Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Ada, E. (2010). *Tedarik Zincirinde Toplam Kalite Yönetimi*.
- Akal, Z. (1995). Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçme ve Değerleme Sistemleri. *Verimlilik Dergisi*. Toplam Kalite Özel Sayısı: 83-87.
- Akdağ, M. (2005). Toplam Kalite Yönetimi ve Örgüt İçindeki Yeri. *Selçuk İletişim*, 4(1), 159- 170.
- Akdur, R. (1998). *Çağdaş Sağlık ve Sağlık Hizmetleri Kavramları Bu Kavramlara Etki Eden Dinamikler*. Ankara: Halk Sağlığı, Antıp Aş Tıp Kitapları ve Bilimsel Yayınlar.
- Aktan, C. C. (2012). Organizasyonlarda Toplam Kalite Yönetimi. *Organizasyon ve Yönetim Bilimleri Dergisi*, 4(2), 249-256.
- Aktan, C. ve Saran, U. (2007). *Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi Kitabı*
- Akyüz, B. (2015). Sosyal Hizmet Kurumlarında Toplam Kalite Yönetimi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, 21-36.
- 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.
- Ardıç, K. (1998). *Müşteri Tatmini ile Hizmet Kalitesi İlişkisinin Ölçülmesi*. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Sakarya Üniversitesi.
- Arısoy, D. Ş. (2017). Sağlık Hizmetlerine Hizmet Kalitesi ve Hizmet Kalitesinin Servqual Yöntemi İle Ölçülmesine Yönelik Bir Uygulama, Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi 19/3, S:1079-1102.
- Aslan, G., & Küçüker, E. (2011). Türkiye'de Toplam Kalite Yönetimi Modelinin Eğitimin Kamu Hizmeti Niteliğine ve Eğitim Öğretim Süreçlerine Uygunluğu. *Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi*, 6(2), 202-224.
- Ateş, M. (2013). *Sağlık Hizmetleri Yönetimi* (1 B.). İstanbul: Beta Yayıncılık.

- Atlı, Y., ve Yücel, N. (2018). Sağlık Kurumları, Sağlık Kurumlarında Marka ve Elazığ İli Sağlık Sektörü. *Fırat Üniversitesi İibf Uluslararası İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 2(2), 45.
- Ay, F. A. (2013). *Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar ve Beceriler*. Nobel Tıp Kitapevleri Ltd.Şti.
- Bağrıaçık, 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> (20.10.2022).
- Baldrige Performance Excellence Program. (2019). *Baldrige Framework*. Erişim Adresi: <https://www.nist.gov/baldrige> (20.10.2022).
- Barker, T., B. (1986). Quality Engineering By Design: Taguchi's Philosoph. *Quality Progress*. 19 (12): 32-33.
- Bay, M., ve Çiçek, E. (2007). Tam Zamanında Üretim Sistemlerinde Hata Önleyiciler: Poka. *Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, (3), 53-62.
- Bedük, A. (2011). *Modern Yönetim Teknikleri*. Ankara: Gazi Kitabevi.
- Bolat, T. (2000). *Toplam Kalite Yönetimi*. İstanbul: Beta Basım Yayım Dağıtım A.Ş.
- Burnak, N. (1997). *Toplam Kalite Yönetimi- İstatistiksel Süreç Kontrolü*. Eskişehir: Osmangazi Üniversitesi Yayınları.
- Çakar, M. (2018). Toplam Kalite Yönetimi ve Deming Örneği. *Kesit Akademi Dergisi*, (13), 389-408.
- Çakır, A. (2007). *Hasta Güvenliği Kültürü ile Yönetim Sistemi Arasındaki İlişkinin Analizi*, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü
- Çavuş, F. ve Gemici, E. (2013). Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi *The Journal Of Academic Social Science* Yıl: 1, Sayı: 1
- Çelik, C. (1993). Kalite Yönetiminde İnsan Faktörü. *Verimlilik Dergisi*. Kalite Özel Sayısı: (119-132).
- Çetin, C., Akın, B. ve Erol, V. (1998). *Toplam Kalite Yönetimi ve Iso 9000 Kalite Güvence Sistemi*. İstanbul: Beta Basım Yayım A.Ş

- Çil, E., ve Ağ, A. (2019). Toplam Kalite Yönetimi Çerçevesinde Kalite Maliyetlerinin Paf Modeline Göre Tespit Edilmesi ve Muhasebeleştirilmesine Yönelik Bir Uygulama. *Ataturk University Journal Of Economics & Administrative Sciences*, 33(3).
- Çoban, S. (2004). Toplam Kalite Yönetimi Perspektifinde İçsel Pazarlama Anlayışı. *Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, (22)
- Dekimpe, M. G., Steenkamp, J. B. E. M., Mellens, M., ve 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., ve Does, R. J. (2006). Lean Six Sigma İn Healthcare. *Journal For Healthcare Quality*. 28(2): 4-11.
- Deming Prize. (2020). *Download/Guide*. Erişim Adresi: https://www.juse.or.jp/Deming_En (20.10.2022).
- Devebakan, N., ve Aksaraylı, M. (2003). Sağlık İşletmelerinde Algılanan Hizmet Kalitesinin Ölçümünde Servqual Skorlarının Kullanımı Ve Özel Altınordu Hastanesi Uygulaması. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 5(1), 38-54.
- 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 İn Quality Assessment And Monitoring: The Definitions Of Quality And Approaches To Its Assessment*. Ann Arbor, Mi: Health Administration Press, Michigan
- Doyle, P. (1998). *Marketing Management And Strategy (Cilt Second Education)*. London: Prentice Hall.
- Dörtyol, İ. T., (2014). *Ulusal Kültür Perspektifinden Hizmet Kalitesi ve Müşteri Değeri*, İstanbul: Beta Yayınları
- Duran, C., ve Ece, O. (2010). *Kalite Ödüllerinin Firma Değeri Üzerindeki Etkisinin Analizi*. Bursa: Ekin Basın Yayın Dağıtım
- Efil, İ. (2010). *Toplam Kalite Yönetimi*. Bursa: Dora Basım.
- Ekinci, N. (2019). Klasik, Neoklasik Teori, Sistem ve Durumsallık Yaklaşımları İle Bunların Karşılaştırılması Ve Toplam Kalite Yönetimi İçerisindeki

- Yerlerinin Değerlendirilmesi. *Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, 6(11), 16-38.
- Elevli, 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
- 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.
- Erdem, Ş. (2007). *Sağlık hizmetleri pazarlaması: hastaların sunulan hizmetlerin kalitesini algılamaları üzerine bir uygulama* (Master's thesis, Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü).
- Erdemir, A. (2015). *Sağlık hizmetlerinde toplam kalite yönetimi* (Master's thesis, Sosyal Bilimler Enstitüsü).
- Eren, N. (2000). *Sağlık Yönetimine Giriş*. 216.
- Eren, E. (2016). *Yönetim ve Organizasyon (Çağdaş ve Küresel Yaklaşımlar)*. İstanbul: Beta Yayınları.
- Erturgut, R. (2007). *Toplam Kalite Yönetimi Uygulamaları İle Dönüştürücü Liderlik Arasındaki İlişki: Ulusal Kalite Ödülü Almış Olan Kamu Örgütlerinde Bir Araştırma*.
- Erturgut, R. (2012). *Toplam Kalite Yönetimi ve Liderlik*. Ankara: Seçkin Yayıncılık
- Ersoy, S. M. ve Ersoy, S. A. (2011). *Kalite Yönetimi & Toplam Kalite Yönetimi ve Kalite Denetimi*. Ankara: İmaj Yayınevi.
- Feigenbaum, A. V. (1991). *Total Quality Control. Singapore: Fortieth Anniversary Edition*. Mc Graw-Hill Inc.
- Freeman, R. (1994). *Quality Assurance In Training-Education 2 Nd Edition*. London: Kogan Page.
- Garvın, D. (1988). *Managing Quality: A Strategie And Competitive Edge*. Usa: The Free Press.
- Gencel, U. (2001). *Yükseköğretim Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Akreditasyon*.

- Ghotbabadi, A.R., R. Baharun, ve S. Feiz. (2012). *A Review Of Service Quality Models. 2nd International Conference On Management Proceeding*, At Langkawi Kedah, Malaysia No. (2nd Icm).
- Gözlü, S. (1994). *Üretim, Verimlilik ve Toplam Kalite Yönetimi, Toplam Kalite Yönetiminde Türkiye Perspektifi*. İstanbul: Uniform Matbaacılık.
- Gupta, A., ve Chen, I. (1995). Service Quality: Implications For Management Development. *International Journal Of Quality Management*, 12(7): 28-35.
- Güler, Ç. (1987). *Sağlık Eğitimi* (3 B.). Ankara: Hatipoğlu Yayınevi.
- Güllü, E., Ulçay Y. (2002). Kalite Fonksiyonu Yayılımı ve Bir Uygulama. *Uludağ Üniversitesi Mühendislik-Mimarlık Fakültesi Dergisi*. 7(1): 74.
- Gözlü, S. (1994). *Üretim, Verimlilik ve Toplam Kalite Yönetimi, Toplam Kalite Yönetiminde Türkiye Perspektifi*. İstanbul: Uniform Matbaacılık.
- Güleç, S., ve 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.
- Güney, S. (2004). *Açıklamalı Yönetim- Organizasyon ve Örgütsel Davranış Terimler Sözlüğü*. Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Gümüş, S., Öngör, N., ve Gümüşbilim, G. H. (2013). *Sağlık İşletmelerindeki Çatışmaların Hizmetlerinin Pazarlanmasına Etkileri*. İstanbul: Hiperlink.
- Gür, J. (1996). *Kalite Maratonu*. Ankara: Asiad & Kosgeb Yayınları.
- Grönroos, C. (2008). Service Logic Revisited: Who Creates Value? And Who Co-Creates? *European Business Review*, 20(4), S. 298-314.
- Hamzaoğlu, O. (2007). *Sağlıkta Neden Kriz, Neden Reform/Dönüşüm?* Y. G. Yaşar, A. Göksel, & Ö. Birler İçinde, *Türkiye'de Sağlık ve Sosyal Güvenlik: İnsana Karşı Piyasa* (S. 21-43). Ankara: Notabene Yayınları.
- Halis, M. (2010). *Toplam Kalite Yönetimi & Iso 9000 Kalite Yönetim Sistemleri*. Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Hayran, O. (2019). Koruyucu Hizmetler Sağlık Harcamalarını Azaltabilir mi?, *Journal of BSHR*, 2019;3(3): 170-175.
- <https://www.saglik.gov.tr/tr,11588/istatistik-yilliklari.html>. (20.10.2022).

- Işığışok, E. (2012). *Tky Bakış Açısıyla İstatistiksel Kalite Kontrol*. Bursa: Ezgi Kitabevi
- Lapıdus, 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., ve Debevec, M. (2019). A Systematic Literature Review Of Poka-Yoke And Novel Approach To Theoretical Aspects. *Strojnski Vestnik/Journal Of Mechanical Engineering*. 65(7- 8): 454-467.
- Kalder, (1999). *Çağın Yönetim Anlayışı "Toplam Kalite Yönetimi" Ve Ulusal Kalite Hareketi*. İstanbul: Kalder.
- Kanbur, A., ve Kanbur, E. (2008). Toplam Kalite Yönetiminin Mavi Yakalı İşgören Motivasyonu Üzerindeki Etkisi: Mobilya Sektöründe Ampirik Bir Araştırma. *Yönetim ve Ekonomi: Celal Bayar Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 15(1), 27-40.
- Kayalı, C. A., Yereli, A., Soysal, M., ve Terim, B. (2004). *Marka Değerinin Firmaların Piyasa Değeri ve Finansal Performansları Üzerindeki Etkileri*. 8.Uluslararası Finans Sempozyumu, 27-28 Ekim. İstanbul.
- Kavak, B., ve Yılmaz, İ. (2003). Kritik Olaylar Tekniğinin Otel İşletmelerindeki Hizmet Kalitesinin Ölçümü Ve İyileştirilmesinde Kullanılabilirliği: Servqual Tekniği İle Karşılaştırmalı Bir Değerlendirme. *Daü Turizm Araştırmaları Dergisi*, Bahar-Güz, Cilt 4, Sayı 1-2, S. 13-35.
- Kaya, S. (2005). *Sağlık hizmetlerinde sürekli kalite iyileştirme*. Ankara: Pelikan Yayınları, 3, 14
- Kaya, S. (2012). *Sağlık Hizmetlerinde Kalite Kavramı, Sağlık Kurumlarında Kalite Yönetimi*, S. Kaya (Ed.), Eskişehir: T.C. Anadolu Üniversitesi Yayını, 2 – 29.
- Kavuncubaşı, Ş. (2002). *Sağlık Kurumları Yönetimi*, Anadolu Üniversitesi Yayın No:1429
- Kavuncubaşı, Ş. (2013). *Hastane Organizasyonu İçinde Hastane Yönetimi*. H. Sur , ve T. Palteki. İçinde İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri.

- Kıraç, A. S. (2019). *Hizmet Kalitesinin Servqual Modeli İle Ölçülmesi: İstanbul İli Bir Aile Sağlığı Merkezi Örneği*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Kırgın, 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.
- Kotler, P., ve Nancy, L. (2007). *Kamu Sektöründe Pazarlama Kamu Kuruluşlarının Performansını Geliştirmek İçin Bir Yol Haritası*. (Çeviren: Zeynep Kökkaya Chalar). İstanbul: Mediacat Yayınları.
- Köroğlu, E. (1987). *Sağlık Mevzuatı* (2).
- Kuriloff, A. H., Hemphill, J. M., ve Cloud, D. (1993). *Starting And Managing The Small Business*. Singapore: Mcgraw-Hill College; Subsequent Edition
- Küçük, O. (2012). *Toplam Kalite Yönetimi*. Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Lovelock, C. H. (1984). *Services Marketing: Text, Cases & Reading*. Englewood Cliffs, N.J. : Prentice-Hall
- Lovelock, C. H., ve Lauren, W. (2002). *Principles Of Service Marketing And Management* (Cilt Second Edition). Prentice Hall, Upper Saddle River, New Jersey.
- Mani, Tp, Murugan, N. ve Rajendran, C. (2003). Çağdaş Tky'ye Klasik Yaklaşım: Tamil Klasik Literatüründe Algılanan Entegre Bir Kavramsal Tky Modeli. *Toplam Kalite Yönetimi ve İş Mükemmelliği*, 14 (5), 609-640.
- Midilli, Ö. (2011). *Hizmet Sektöründe Müşteri Memnuniyetinin Pazarlamaya Etkisi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Kadir Has Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü
- Murdick, B. R., ve Roberta, S. R. (1990). *Service Operations Management*. Published By Prentice-Hall, Inc.New Jersey.
- Mutlu, H., ve Yılmaz, 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
- Odabaşı, Y. (2001). *Sağlık Hizmetleri Pazarlaması*. Anadolu Üniversitesi Yayınları.

- Özgülbaş, N. (1995). *Hastanelerde Finansal Yönetim: Sorunlar ve Çözüm Önerileri*.
Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri
Enstitüsü
- Özen, İ N. A. M., ve Tütüncü, S. K. (2017). Türkiye’de Sağlık Alanında Toplam Kalite
Yönetimi Konusunda Yapılmış Tez Profillerinin İncelenmesi (2012-2016).
İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, (2), 109-122.)
- Özeroğlu, A. İ. (2015). Yerel Yönetimlerde Toplam Kalite Yönetimi. *Tarih Okulu
Dergisi (Tod)*, 8, 539-581.
- Özveren, M. (1997). *Toplam Kalite Yönetimi, Temel Kavramlar ve Uygulamalar*. 1.
Basım. İstanbul: Alfa Yayınları.
- Özgen H. (1995). Sağlık Hizmetlerinde Kalite Nedir? Hasta Tatmini Boyutuyla İlgili
Bir Değerlendirme. *Toplum ve Hekim*, 10(69-70), 47-53.
- Özgen, H. (1993). *Hasta Bakım Kontrolünün Hastane Yönetimi Açısından Önemi*.
(Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık
Bilimleri Enstitüsü.
- Özgüven, N. (2008). Hizmet Pazarlamasında Müşteri Memnuniyeti ve Ulaştırma
Sektörü Üzerine Bir Uygulama. *Ege Akademik Bakış Dergisi*, 8(2), S. 651-
682.
- Özmen, R. (2016). *Tıp ve Sağlık Mevzuatı* (Cilt 7. Baskı). Seçkin Yayıncılık San.Ve
Tic.A.Ş.S.
- Öztek, M. Y. (1997). *Pazarlama Yönetimi* (Cilt Yayın No: Dn 1). İstanbul: Galatasaray
Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Yayını.
- Öztürk, S. A. (2019). *Hizmet Pazarlaması Kuram, Uygulama ve Örnekler*. (17), 244.
- Palmer, A. (1998). *Principles Of Services Marketing* (Cilt 2nd Edition). Mcgraw-Hill
Publishing Co.
- Parlak, S. (2004). *İşletmelerde Toplam Kalite Yönetimi*. Ankara: Ekin Kitabevi.
- Peşkircioğlu, N. (1999). *Kalite Yönetiminde Iso 9000 Uygulamaları*. Ankara: Mpv
Yayınları
- Redman, T., ve Mathews, B. P. (1998). Service Quality And Human Resource
Management:A Review And Research Agenda *Personel Review*,27(1),57-77.
- Saat, M., (2000). Kalite Denetiminde Taguchi Yaklaşımı. *Gazi Üniversitesi İktisadi
Ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*. 2 (3): 97-108

- Sarp, N. (2014). *Toplam Kalite Yönetimi Uygulamaları*. Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Saygılı, M., ve Özer, Ö. (2020). Sağlık Çalışanlarında Ekip Çalışması Tutumlarının İncelenmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*. 11(27): 444-454.
- Sayım, F., ve Aydın, V. (2011, Nisan). Hizmet Sektörü Özellikleri ve Sistematik Olmayan Risklerin Sektör Menkul Kıymetleri İle Etkileşimine Dair Teorik Bir Çalışma. *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, (29).
- Sayan, İ., ve Aytan, Y. S. (2020). *Sustainable Supply Chain Management And Total Quality Management In The Health Sector*. In Handbook Of Research On Sustainable Supply Chain Management For The Global Economy (Pp. 191-201). Igi Global.
- Seçim, H. (1995). *Hastane İşletmeciliği (Seçme Yazılar)*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Basımevi.
- Sevim, 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 İn Japan: Role Of Dr. Joseph M. Juran. *Business Studies*. XI (1): 56-61.
- Şirvancı, M. (1997). *Kalite İçin Deney Tasarımı, Taguchi Yaklaşımı*. İstanbul: Literatür Yayınları.
- Songur, A. (2009). *Hizmet İşletmelerinde Pazar Yönlülük ve Türk Bankacılık Sektörü İşletme Uygulamalarının Değerlendirilmesi: Isparta İl Merkezinde Bir Uygulama*. Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi. Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü
- Sower, V., Duffy, J. A., Kılbourne, W., Kohers, G., ve Jones, P. (2001). The Dimensions Of Service Quality For Hospitals. *Health Care Management Review*. 26 (2): 47-59.
- Soyük, S. ve Yenidikici, A. (2015). *Sağlık İşletmelerinde Kalite Yönetimi Kitabı*, İstanbul Üniversitesi Açık ve Uzaktan Eğitim Fakültesi
- Sözen, C., ve Özdevecioğlu, M. (2002). *Sağlık Hizmetlerinde ve İşletmelerinde Yönetimi*. Ankara: Nobel Yayınları.
- Sur, H., ve Palteki, T. (2013). *Hastane Yönetimi*. Nobel Tıp Kitapevleri Ltd.Şti.

- Sureshchandar, G. S., Rajendran, C., & Kamalanabhan, T. (2001). Customer Perceptions Of Service Quality: A Critique. *Total Quality Management*, 12(1), S. 111-124.
- Süzer, H. (2006). 1.5 Milyon Müşteri Hiç Şubeye Gitmiyor. *Capital Aylık İş Ve Ekonomi Dergisi*, S. 256-258.
- Şarbak, M. (2009). *Sağlık müdürlüklerinde hizmet kalitesinin ölçümü: İzmir İl Sağlık Müdürlüğü'nde uygulama* (Doctoral dissertation, DEÜ Sosyal Bilimleri Enstitüsü).
- Şeker kaya, A. K. (1997). *Bankacılık Hizmetlerinde Algılanan Toplam Kalite Ölçümü*. Ankara: Sermaye Piyasası Kurulu.
- Şimşek, M. (2004). *Kalite Yönetimi*. İstanbul: Alfa Yayınevi.
- Talapatra, S. (2021). *Uluslararası Standartları Toplam Kalite Yönetimi Felsefesiyle Bütünleştirmek İçin Modelleme* (Doktora Tezi, Khulna Mühendislik ve Teknoloji Üniversitesi (Kuet), Khulna, Bangladeş)
- Talib, F., Rahman, Z., Qureshi, Mn ve Siddiqui, J. (2011). Toplam Kalite Yönetimi Ve Hizmet Kalitesi: Hizmet Endüstrisindeki Kalite Yönetimi Uygulamalarının Ve Engellerin Keşfedici Bir Çalışması. *International Journal Of Services And Operations Management*, 10 (1), 94-118.
- Tarım, M. (2009). A. Coşkun, & A. Akın İçinde, *Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi. Sağlık Hizmetleri Yönetim Rehberi* (S. 65-89). Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Taşlıyan, M., ve 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.
- Taylor, F. W. (1911). *The principles of scientific management*. NuVision Publications, LLC.
- Tengilimlioğlu, D., Akbolat, M., ve Işık, O. (2015). *Sağlık İşletmeleri Yönetimi*. Nobel Akademik Yayıncılık Eğitim Danışmanlık Ticaret Ltd.Şti
- Terris, M. (1992). Concepts Of Health Promotion:Dualities İn Public Health Theory. *Journal Of Public Health Policy*, 13(3), S. 267-276.
- 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.
- Türedi, S. (2012). İç Kontrol Sistemi ve Toplam Kalite Yönetimi İlişkisi. *Uluslararası Alanya İşletme Fakültesi Dergisi*, 4(1), 27-37.
- Türk Akreditasyon Kurumu. (2021). *Akreditasyon*. Erişim Adresi: www.turkak.org.tr (20.10.2022).
- Türk Standartları Enstitüsü (1997). *Tsen- Iso 9000 Kalite Broşürü*. Ankara: Tse Yayınları.
- Türk Standartları Enstitüsü. (2021). *Tse'nin Görevleri*. Erişim Adresi: [Tse.Org.Tr](http://tse.org.tr) (20.10.2022).
- Uzeken, S. (2008). *Iso 22000 Gıda Güvenliği Yönetim Sistemi'nin Tedarik Zinciri Yönetimi Açısından Değerlendirilmesi ve Güçlendirilmesi Gereken Ortak Noktaların Ortaya Konması* (Doctoral Dissertation, Deü Sosyal Bilimleri Enstitüsü).
- Walsh, A., Hughes, H., ve Maddox, D. P. (2002). Total Quality Management Continuous Improvement: Is The Philosophy A Reality?. *Journal Of European Industrial Training*.
- Yang, K. (2005). *Design For Six Sigma For Service*. New York: Mcgraw-Hill.
- Yalçın, B. (2006). *Toplam Kalite Yönetimi ve Kalite Dinamikleri, Toplam Kalite ve Stratejik Yönetimde Yeni Eğilimler*. Ankara: Gazi Kitabevi.
- Yeginboy, E. Y. (1993). *Ulusal Düzeyde Sağlık İşletmelerinin Değerlendirilmesi”, Sağlık Hizmetleri ve İşletmeleri Serisi: 1*, İzmir. İzmir: Doğruluk Matbaacılık.
- Yeginboy, E. Y., ve Sayın, K. Ş. (2008). *Cumhuriyet Döneminden Günümüze Sağlık Politikaları ve Sorunları*. İzmir
- Yeşilbayır, S. (2007). *Toplam Kalite Yönetimi*. İstanbul Teknik Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Yıldırım, S. (2009). İşletmelerde Tedarik Zinciri Yönetimi ve Toplam Kalite Yönetimi İlişkisi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, 1(1), 175-191..
- 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.