

T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
İŞLETME ANABİLİM DALI
İŞLETME YÖNETİMİ BİLİM DALI

**T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI TARAFINDAN
UYGULANAN SAĞLIKTA KALİTE STANDARTLARI
HASTANE VERSİYON 5 (SKS-HASTANE V5)'İN EFQM
MÜKEMMELLİK MODELİ (EFQM MM) İLE
KARŞILAŞTIRILMASINA YÖNELİK DURUM
ÇALIŞMASI**

Doktora Tezi

Tezi Hazırlayan:

Fatma Meltem YURTSEVEN

İstanbul, 2019

T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
İŞLETME ANABİLİM DALI
İŞLETME YÖNETİMİ BİLİM DALI

**T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI TARAFINDAN
UYGULANAN SAĞLIKTA KALİTE STANDARTLARI
HASTANE VERSİYON 5 (SKS-HASTANE V5)'İN EFQM
MÜKEMMELLİK MODELİ (EFQM MM) İLE
KARŞILAŞTIRILMASINA YÖNELİK DURUM
ÇALIŞMASI**

Doktora Tezi

Tezi Hazırlayan:

Fatma Meltem YURTSEVEN

Öğrenci No:

150781058

Danışman:

Doç. Dr. Mine Mukaddes AFACAN FINDIKLI

İstanbul, 2019

YEMİN METNİ

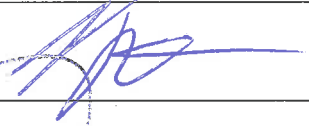
Doktora tezi olarak sunduğum “T.C. Sağlık Bakanlığı Tarafından Uygulanan Sağlıkta Kalite Standartları Hastane Versiyon 5 (Sks-Hastane V5)’in EFQM Mükemmellik Modeli (EFQM MM) ile Karşılaştırılmasına Yönelik Durum Çalışması” başlıklı bu çalışmanın, bilimsel ahlak ve geleneklere uygun şekilde tarafımdan yazıldığını, yararlandığım eserlerin tamamının kaynaklarda gösterildiğini ve çalışmamın içinde kullanıldıkları her yerde bunlara atıf yapıldığını belirtir ve bunu onurumla doğrularım. 14.10.2019

Fatma Meltem YURTSEVEN



TEZ ONAYI

Beykent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü **İşletme Yönetimi Doktora** öğrencisi **150781058** no'lu **Fatma Meltem YURTSEVEN**'in hazırladığı "**T.C. Sağlık Bakanlığı Tarafından Uygulanan Sağlıkta Kalite Standartları Hastane Versiyon 5'in (SKS Hastane V5) EFQM Mükemmellik Modeli (EFQM MM) ile Karşılaştırılmasına Yönelik Durum Çalışması**" konulu DOKTORA TEZİ ile ilgili TEZ SAVUNMA SINAVI Lisansüstü Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddesi uyarınca 14/11/2019 günü saat 10:15'de yapılmış, sorulan sorulara alınan cevaplar sonucunda adayın tezinin **başarılı olduğu**ne OYBİRLİĞİ/OYÇOKLUĞU'yla karar verilmiştir.

JÜRİ ÜYESİ	KANAATİ	İMZA
Doç. Dr. Mine Mukaddes AFACAN FINDIKLI (Beykent Üniversitesi) (Danışman)	Başarılı	
Prof. Dr. Ethem Soner ÇELİKKOL (Beykent Üniversitesi) (Üye)	Başarılı	
Prof. Dr. Kazım SARI (Beykent Üniversitesi) (Üye)	Başarılı	
Prof. Dr. Uğur YOZGAT (Nişantaşı Üniversitesi) (Üye)	BAŞARILI	
Prof. Dr. Meliha Deniz BÖRÜ (Marmara Üniversitesi) (Üye)	Başarılı	

Adı ve Soyadı : Fatma Meltem YURTSEVEN
Danışmanı : Doç. Dr. Mine Mukaddes AFACAN FINDIKLI
Türü ve Tarihi : Doktora Tezi, 2019
Alanı : İşletme Yönetimi
Anahtar Kelimeler : Kalite, TKY, EFQM, Sağlıkta kalite

ÖZ

T.C. Sağlık Bakanlığı Tarafından Uygulanan Sağlıkta Kalite Standartları Hastane Versiyon 5'in (SKS Hastane V5) EFQM Mükemmellik Modeli(EFQM MM) ile Karşılaştırılmasına Yönelik Durum Çalışması

Tezin amacı SKS Hastane Versiyon 5 (SKS Hv5) değerlendirmesine göre 85 ve üzeri puan alarak iyi seviyede performans sergileyen ve Kalite Yönetim Birimi bulunan üç Kamu Hastanesi'nin EFQM Mükemmellik Modeli (EFQM MM) değerlendirmesi kriterlerine göre kaç puan alacağını belirlenmesini sağlamak ve iki modelin karşılaştırmasını yapabilmektir. Böylece iki model arasında benzerlik ve farklılıkların olup olmadığı görülebilecektir. Bu karşılaştırma ile aynı zamanda hastanelerde kalite odaklı bütünsel performans değerlendirme ölçüm araçlarının kullanım alanı bulmasına da dikkat çekmek istenmiştir. Araştırma Nitel Araştırma Yaklaşımı çerçevesinde “Durum Çalışması” araştırma deseni kullanılarak üç kamu hastanesi incelendiği için çoklu durum çalışması ile gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın örneklemini amaçlı örnekleme yöntemi ile belirlenen 3 kamu hastanesi'nin üst düzey yöneticileri olmak üzere (Başhekim, Kalite Direktörü, Sağlık Hizmetleri Müdürü, İdari ve Mali İşler Müdürü) toplamda 9 yönetici oluşturmaktadır. Görüşme tekniği uygulanırken EFQM MM'nin 9 ana kriteri ve alt kriterlerinden oluşan yapılandırılmış derinlemesine görüşme tekniği kullanılmış olup prob (sonda) sorular da görüşme sırasında kullanılmıştır. Görüşmeler ses kayıt cihazına kaydedilmiştir. Her bir yönetici ile ses kayıt cihazı eşliğinde yapılan görüşmeler ortalama 45dk kadar sürmüştür ve görüşmeleri tamamlayabilmek adına her bir hastane için ortalama üç gün ayrılmıştır. Veri analizi yapılırken betimsel analiz benimsenmiştir. Geçerlilik ve güvenilirlik sağlamak için ise Guba ve Lincoln'ün (1982) alan yazına kazandırdığı altın standart olarak ifade edilen kriterler olan; inanılabilirlik, güvenilebilirlik, onaylanabilirlik ve

aktarılabirlik unsurları kullanılıp olumlu geribildirimler alınmıştır ve sonuçlarla alakalı konunun uzmanları ile mutabakat sağlanmıştır. Araştırmanın sonucunda SKS Hastane V5 değerlendirmesine göre 100 üzerinden 94-97 puan aralığına sahip üç hastane, EFQM Mükemmellik Modeli puanlandırmasına göre 301-304 aralığında puanlar almıştır. Üç hastanenin puan ortalaması ise 301 olmuştur. Bu sonuç dört aşamalı bir puanlandırmaya sahip olan RADAR'ın Mükemmellikte yetkinlik seviyesi (300<puan<600) olan seviyesini ifade eder. SKS Hastane V5; liderlik, strateji, çalışanlarla ilişkiler, işbirliklerinin sağlandığı kurumlar ile ilişkiler, toplumla ilişkiler bakımından opsiyonel standartlara sahip olup EFQM MM'nin dokuz kriteri bakımından daha sınırlı bir bakış açısına sahiptir. Bu açıdan modellerin karşılaştırılması yapıldığında; kurumun kalite odaklı yönetilmesi bağlamında bütünsel bir bakış açısı sunmada, girdi ve sonuç kriterleri arasında neden-sonuç ilişkisi kurmada, çevik yönetime vurgu yapmada, yenilik ve yaratıcılıktan yararlanmada, çalışanların sayesinde başarmada, liderlikte, işbirliklerinin yönetiminde, tüm paydaş algılarının bütünsel olarak ölçümünde, özdeğerlendirme aracı olan RADAR'ın kurumun bütününe değerlendirmede EFQM MM üstünlük sağlamıştır. Ayrıca EFQM MM'nin hastanelerin gündemine alabileceği günden güne değişen ve gelişen JCI (Joint Commıssion International), ISO (International Organization for Standardization) gibi standardizasyon, akreditasyon, güvenlik alanlarındaki birçok programı bütünsel olarak birlikte yönetebilme kapasitesi mevcuttur. SKS Hastane V5'in ise; sağlık uygulamalarında ölçülmesi gereken kriterlerin tanımlı olması bakımından süreç yönetiminde standardizasyonun sağlanması için hazır reçeteler sunuyor olması itibariyle sağlık alanında kalite odaklı kurum kültürü oluşturmada etkin bir "yapılacaklar listesi" sunmak suretiyle üstünlüğü bulunmaktadır. Ancak SKS Hastane V5'in farklı programları kendi bünyesine dahil ederek yönetebildiğine dair kanıt bulunmamakla birlikte böyle bir potansiyeli bulunmaktadır. Zira çalışmada görülmüştür ki SKS Hastane V5'in yanı sıra Verimlilik Kriterleri de ayrıca hastanelerin değerlendirmeye tabi olduğu bir programdır ve TİG (Teşhisle İlişkili Gruplar) gibi daha başka programların da gündeme gelerek hastanelerin değerlendirilmesi çalışmaları da bulunmaktadır. Bunun yanı sıra SKS Hastane V5'e göre hastanelerin puanlandırması yapılırken kurumların bütününde değil de belirli bölümlerinde değerlendirmelerin yapılması çoğunlukla tercih edilen bir yöntemdir. Bu

açından bütünsel bir bakış açısı ile kurumların tüm bölümlerinin değerlendirilmesi yaygın bir uygulama değildir. Sonuç olarak iki modelin birbirini tamamlayıcı unsurları olması bakımından yönetilmesi bir çok zorluk içeren kompleks yapıdaki matris organizasyonlar olan hastanelerin yönetim çıkmazlarını aşmada bir sinerji yaratma potansiyeli olduğu görülmektedir.



Name and Surname : Fatma Meltem YURTSEVEN
Supervisor : Assoc. Dr. Mine Mukaddes AFACAN FINDIKLI
Degree and Date : PhD, 2019
Major : Business Administration
Keywords : Quality, TQM, EFQM, Quality in health

ABSTRACT

T. C. Case Study for Comparison of Health Quality Standards Hospital Version 5 (SKS H V5) with the EFQM Excellence Model (EFQM EM) Applied by the Ministry of Health

The aim of the thesis is to determine how many points according to the EFQM Excellence Model (EFQM MM) evaluation criteria of three Public Hospitals with a Quality Management Unit with a performance of 85 and above according to the SKS Hospital Version 5 (SKS Hv5) evaluation and to compare the two models. It is to make. Thus, it can be seen whether there are similarities and differences between the two models. With this comparison, it was also aimed to draw attention to the use of quality-oriented holistic performance evaluation measurement tools in hospitals. The research was conducted with a multi-case study because three public hospitals were examined using the “Case Study” research design within the framework of the Qualitative Research Approach. Data collection tools; interview technique, document review, observations. The sample of the study consists of 9 managers (Chief Physician, Director of Quality, Director of Health Services, Director of Administrative and Financial Affairs) of 3 senior hospitals of 3 public hospitals determined by purposive sampling method. While interviewing technique was used, structured in-depth interview technique consisting of 32 criteria and probe questions of EFQM EM was used and interviews were recorded on voice recorder. Interviews with each manager and voice recorder lasted approximately 45 minutes and three days were reserved for each hospital in order to complete the interviews. Descriptive analysis was adopted during data analysis. In order to ensure validity and reliability, Guba and Lincoln (1982), which is the gold standard in the literature; credibility, reliability, verifiability and transferability were used and positive feedback was received and results were

agreed with the experts of the subject. As a result of the research, according to the SKS Hospital V5 assessment, three hospitals with a score of 94-97 out of 100 received scores in the range of 301-304 according to the EFQM Excellence Model scoring. The mean score of the three hospitals was 301. This result represents the level of competence in Excellence ($300 < \text{score} < 600$) of RADAR, which has a four-stage rating. SKS Hospital V5; It has optional standards in terms of leadership, strategy, relations with suppliers, community relations and has a more limited perspective in terms of nine criteria of EFQM EM. When comparing the models in this respect; self-assessment tool to provide a holistic perspective in the context of quality-oriented management of the organization, to establish a cause-effect relationship between input and outcome criteria, to emphasize agile management, to benefit from innovation and creativity, to succeed through employees, in leadership, to manage collaborations, to measure all stakeholder perceptions as a whole. EFQM EM has gained superiority in evaluating the whole organization of RADAR. Furthermore, EFQM MM has the capacity to integrate many programs in the fields of standardization, accreditation and security such as JCI (International Organization for Internationalization), ISO (International Organization for Standardization), which are changing and developing day by day. SKS Hospital V5 is; As it provides ready prescriptions for standardization in process management in terms of defining the criteria to be measured in health practices, it has an advantage by providing an effective cak to-do list ada in establishing a quality-oriented corporate culture in the health field. However, there is no evidence that SKS Hospital V5 is able to manage and integrate different programs. In the study, it has been seen that in addition to SKS Hospital V5, Productivity Criteria is also a program in which hospitals are subject to evaluation, and other programs such as TIG (Diagnostic Associated Groups) are also included in the evaluation of hospitals. In addition, according to SKS Hospital V5, it is often the preferred method of evaluating certain parts of the institutions, rather than the whole institutions, when scoring hospitals. In this respect, it is not common practice to evaluate all departments of institutions from a holistic perspective. As a result, it is seen that hospitals with complex matrix organizations which have many difficulties to manage the two models as complementary elements have the potential to create a synergy in overcoming the management dilemmas.

İÇİNDEKİLER

Sayfa No.

ÖZ

ABSTRACT

TABLolar LİSTESİ	iv
ŞEKİLLER LİSTESİ	vi
KISALTMALAR	vii
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM

KAVRAMSAL ÇERÇEVE

1. KALİTE KAVRAMI	3
1.1. Yönetimin Tarihçesi	3
1.2. Modern Yönetim Anlayışı	5
1.3. Modern Yönetimde Değişen Paradigmalar	7
2. KALİTE NEDİR	8
2.1. Kalitenin Evreleri	12
3. TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ	15
3.1. TKY'nin Farkı Nedir	18
3.2. Toplam Kalite Yönetiminin Amaçları	21
3.3. TKY'nin Dört Aşaması	23
3.4. TKY'ye Eleştiriler	25
4. PERFORMANS ÖLÇÜM SİSTEMLERİ	27
4.1. Dengeli Skor Kart (BSC)	30
4.2. Kalite Ödülleri	31
4.2.1. Deming Ödülü (Deming Application Prize-DAP)	33
4.2.2. Malcolm Baldrige Ulusal Kalite Ödülü (Malcolm Baldrige National Quality Award-MBNQA)	34
4.3. EFQM MM	36
4.3.1. Temel Kavramlar, Kriterler, Radar	37
4.4. Sağlıkta EFQM'in Yeri	51

İKİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE KAVRAMI

1. SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE.....	55
1.1. Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Tanımı	55
2. SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTENİN GELİŞİMİ	58
2.1. Sağlıkta Kalitenin Önemi.....	60
2.2. Türkiye’de Sağlıkta Kalitenin Gelişimi	62
2.3. Sağlıkta Dönüşüm Programı	64
2.3.1. Türkiye’de Sağlıkta Kalite Standartları (SKS)	69
2.3.2. SKS -Hastane Seti (Versiyon-5)	71

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

ARAŞTIRMA TASARIMI

1. ARAŞTIRMANIN AMACI	76
2. ARAŞTIRMA YÖNTEMİ	77
2.1. Araştırmanın Örneklemi	78
2.2. Araştırmanın Veri Toplama Teknikleri	82
2.3. Araştırmanın Veri Analiz Yöntemi, Güvenilirlik ve Geçerliliği	83
3. EFQM MM İLE SKS HASTANE V5’İN DOKÜMAN İÇERİĞİ	
BAKIMINDAN KARŞILAŞTIRMASI.....	87
3.1. SKS- Hastane Versiyon - 5 ile EFQM MM’nin Temel İlkeleri Açısından	
Karşılaştırılması.....	88
3.1.1. Müşteriler için Değer Katma:	89
3.1.2. Sürdürülebilir Bir Gelecek Yaratma	90
3.1.3. Kurumsal Yetenekleri Geliştirme	90
3.1.4. Yaratıcılık ve Yenileşimden Yararlanma	90
3.1.5. Vizyoner, Esin Veren Bütünsel Liderlik	91
3.1.6. Çeviklikle Yönetme	91
3.1.7. Çalışanların Yetenekleriyle Başarma	91
3.1.8 Mükemmel Sonuçları Sürdürme	92
3.2. SKS Hastane V5’in EFQM Modelinde Yer Alan 9 Kritere Göre	
Karşılaştırılması.....	92

3.2.1. Liderlik	93
3.2.2. Strateji.....	95
3.2.3. Çalışanlar	97
3.2.4. İşbirlikleri ve Kaynaklar	100
3.2.5. Süreçler, Ürünler ve Hizmetler.....	102
3.2.6. Müşterilerle İlgili Sonuçlar	105
3.2.7. Çalışanlarla İlgili Sonuçlar	106
3.2.8. Toplumla İlgili Sonuçlar	107
3.2.9. İş Sonuçları	107
3.3. Radar ve SKS Hastane V5'in puanlandırma Karşılaştırması	111

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

ARAŞTIRMA BULGULARI

1. BULGULARIN SUNULMASINA DAİR AÇIKLAMALAR	114
2. BULGULARIN SUNUMU	117

BEŞİNCİ BÖLÜM

ARAŞTIRMA SONUÇLARI

1. SONUÇLAR.....	219
KAYNAKÇA.....	233
EKLER	261
Ek-1. Görüşme Protokolü.....	261
Ek-2: EFQM MM Kriterlerinin Görüldüğü Kurum Yetkilileri	273
Ek-3: İzin Belgesi.....	275
Ek-4: Etik Kurul İzin Belgesi.....	276
ÖZGEÇMİŞ	277

TABLÖLAR LİSTESİ

	Sayfa No.
Tablo 1. Yönetimde Eski ve Yeni Paradigmalar	8
Tablo 2. Klasik Yönetim ve TKY arasındaki Farklar	17
Tablo 3. Araştırmaya Dahil olan Hastanelerin Özellikleri	81
Tablo 4. EFQM MM Temel Kavramları ve SKS -HV5 Hedefleri	88
Tablo 5. EFQM MM Temel Kavramlara karşılık Gelen SKS-Hastane V5 Hedefleri	89
Tablo 6. EFQM MM Kriterleri ve SKS-HV5 Boyutları	92
Tablo 7. EFQM MM Kriterleri ile SKS-HASTANE V5'in Karşılaştırılması	93
Tablo 8. Liderlik Kriteri ve SKS Hastane V5 karşılaştırması.....	94
Tablo 9. EFQM MM'de Strateji Kriterleri.....	96
Tablo 10. EFQM MM'de Çalışanlar Kriteri	98
Tablo 11. EFQM MM'de İşbirlikleri ve Kaynaklar Kriteri	100
Tablo 12. EFQM MM'de Süreçler, Ürünler ve Hizmetler Kriteri.....	102
Tablo 13. EFQM MM'de Müşterilerle İlgili Sonuçlar	105
Tablo 14. EFQM MM'de Çalışanlarla İlgili Sonuçlar	106
Tablo 15. EFQM MM'de Toplumla İlgili Sonuçlar	107
Tablo 16. EFQM MM'de İş Sonuçları.....	108
Tablo 17. EFQM MM ile SKS Hastane V5'in Karşılaştırılması: Girdi Kriterleri	108
Tablo 18. EFQM MM ile SKS Hastane V5 Karşılaştırılması: Sonuç Kriterleri ...	111
Tablo 19. OM- Liderlik Kriterlerinin Karşılanma Düzeyi.....	138
Tablo 20. ES- Liderlik Kriterlerinin Karşılanma Düzeyi	138
Tablo 21. SÇ- Liderlik Kriterlerinin Karşılanma Düzeyi	139
Tablo 22. OM- Strateji Kriterlerinin Karşılanma Düzeyi	152
Tablo 23. ES- Strateji Kriterlerinin Karşılanma Düzeyi.....	152
Tablo 24. SÇ- Strateji Kriterlerinin Karşılanma Düzeyi.....	152
Tablo 25. OM- Çalışanlar Kriterlerinin Karşılanma Düzeyi	172
Tablo 26. ES- Çalışanlar Kriterlerinin Karşılanma Düzeyi	172
Tablo 27. SÇ- Çalışanlar Kriterlerinin Karşılanma Düzeyi	172
Tablo 28. OM- İşbirlikleri ve Kaynaklar Kriterlerinin Karşılanma Düzeyi	192

Tablo 29. ES- İşbirlikleri ve Kaynaklar Kriterlerinin Karşılanma Düzeyi	192
Tablo 30. SÇ- İşbirlikleri ve Kaynaklar Kriterlerinin Karşılanma Düzeyi	193
Tablo 31. OM- Süreçler, Ürünler, Hizmetler Kriterlerinin Karşılanma Düzeyi	206
Tablo 32. ES- Süreçler, Ürünler, Hizmetler Kriterlerinin Karşılanma Düzeyi	206
Tablo 33. SÇ- Süreçler, Ürünler, Hizmetler Kriterlerinin Karşılanma Düzeyi	206
Tablo 34. OM- Müşterilerle İlgili Sonuçlar Kriterlerinin Karşılanma Düzeyi	209
Tablo 35. ES- Müşterilerle İlgili Sonuçlar Kriterlerinin Karşılanma Düzeyi	209
Tablo 36. SÇ- Müşterilerle İlgili Sonuçlar Kriterlerinin Karşılanma Düzeyi	210
Tablo 37. OM- Çalışanlarla İlgili Sonuçlar Kriterlerinin Karşılanma Düzeyi	212
Tablo 38. ES- Çalışanlarla İlgili Sonuçlar Kriterlerinin Karşılanma Düzeyi	213
Tablo 39. SÇ Çalışanlarla İlgili Sonuçlar Kriterlerinin Karşılanma Düzeyi	213
Tablo 40. Üç Hastane'nin Toplumla İlgili Kriterlerinin Karşılanma Düzeyi	214
Tablo 41. OM,ES, SÇ'nin İş Sonuçları ile İlgili Kriterlerinin Karşılanma Düzeyi	216
Tablo 42. Üç Hastanenin Girdi ve Sonuç Kriterleri Kriterlerinin Karşılanma Düzeyi	217
Tablo 43. OM- EFQM Kriterleri RADAR Puanı	222
Tablo 44. ES- EFQM Kriterleri RADAR Puanı	223
Tablo 45. SÇ- EFQM Kriterleri Puanları	225
Tablo 46. Üç Hastanenin Ortalama EFQM Kriterleri Puanları	226

ŞEKİLLER LİSTESİ

	Sayfa No.
Şekil 1. Kalitenin Dört Aşaması	13
Şekil 2. TKY'nin Gelişim ve Yayılımı ile Diğer Yönetim Metodları	20
Şekil 3. Değer Üretme Perspektifi	32
Şekil 4. Temel Kavramlar	37
Şekil 5. EFQM Mükemmellik Modeli	39
Şekil 6. RADAR Puanlandırması	50
Şekil 7. Farklı Özdeğerlendirme Modellerinin Karşılaştırılması	52
Şekil 8. SKS-Hastane'nin 10 hedefi ve 5 Boyutu	72
Şekil 9. SKS Hastane Boyut ve Bölümlerinin Standart ve Değerlendirme Ölçütü Sayıları Tablosu	73
Şekil 10. RADAR Puanlandırması Seviyeleri	221
Şekil 11. Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi EFQM Kriterlerini Karşılama Yüzdesi Grafiği	222
Şekil 12. Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi EFQM Kriterleri Örümcek Ağı Matrisi.....	223
Şekil 13. EyüpSultan Devlet Hastanesi'nin EFQM Kriterlerini Karşılama Yüzdesi Grafiği	224
Şekil 14. Eyüp Sultan Devlet Hastanesi EFQM Kriterleri Örümcek Ağı Matrisi ..	224
Şekil 15. Sait Çiftçi Devlet Hastanesi'nin EFQM Kriterlerini Karşılama Yüzdesi Grafiği	225
Şekil 16. Sait Çiftçi Devlet Hastanesi EFQM Kriterleri Örümcek Ağı Matrisi	225
Şekil 17. Üç Hastanenin Ortalama EFQM Kriterlerini Karşılama Yüzdesi Grafiği	227
Şekil 18. Okmeydanı Eğitim ve Araştırma, EyüpSultan Devlet, Saitçiftçi Devlet Hastaneleri Ortalama EFQM Kriterleri Örümcek Ağı Matrisi	227

KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ASKOM	: Acil Sağlık Hizmetleri Koordinasyon Komisyonu
BSC	: Balanced Scorecard (Dengeli Skor Kartı)
CİMER	: Cumhurbaşkanlığı İletişim Merkezi
ÇMA	: Çalışan Memnuniyeti Anketi
ÇSBG	: Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı
DAP	: Deming Application Prize (Deming Uygulama Ödülü)
DÖF	: Düzenleyici Önleyici Faaliyetlerimiz
EFQM	: European Foundation For Quality Management (Avrupa Kalite Yönetim Vakfı)
EFQM MM	: Avrupa Kalite Yönetim Vakfı Mükemmellik Modeli
EQA	: European Quality Award (Avrupa Kalite Ödülü)
FAO	: Food and Agriculture Organization (Gıda ve Tarım Örgütü)
GOÜ	: Gelişmekte Olan Ülkeler
GSS	: Genel Sağlık Sigortası
GSYİH	: Gayri Safi Yurt İçi Hasıla
HBYS	: Hastane Bilgi Yönetim Sistemi
HIMSS 6	: Health care Information and Management Systems Society - Stage 6
HMA	: Hasta Memnuniyeti Anketi
ICD	: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
ILO	: International Labour Organization (Uluslararası çalışma Örgütü)
IMF	: International Monetary Fund (Uluslararası Para Fonu):
ISO	: International Organization of Standardization
ISQua	: International Society for Quality in Health Care
JCI	: Joint Commision International (Uluslararası Birleşik Komisyon)
KALDER	: Türkiye Kalite Derneği
KHK	: Kanun Hükmünde Kararname
KKÇ	: Kalite Kontrol Çemberleri
KMS	: Kamu Mali Yönetim Sistemi

MBNQA	: Malcolm Baldrige National Quality Award (Malcolm Baldrige Ulusal Kalite Ödülü)
MKYS	: Malzeme Kaynakları Yönetim Sistemi
NQA	: National Quality Award (Ulusal Kalite Ödülü)
OECD	: Organisation for Economic Co-operation and Development (Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü)
RADAR	: Results Approach Deployment Assessment Review
SABİM	: Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi
SAS	: Sağlıkta Akreditasyon Standartları
SB	: Sağlık Bakanlığı
SDP	: Sağlıkta Dönüşüm Programı
SKS	: Sağlıkta Kalite Standartları
SSK	: Sosyal Sigortalar Kurumu
SUT	: Sağlık Uygulama Tebliği
TDMS	: Tek Düzen Muhasebe Sistemi
TİG	: Teşhis İlişkili Gider
TKY	: Toplam Kalite Yönetimi
TRSM	: Toplum Ruh Sağlığı Merkezi
TSE	: Türk Standartları Enstitüsü
UNEP	: United Nations Environment Programme (Birleşmiş Milletler Çevre Programı)
UNICEF	: United Nations International Children's Emergency Fund (Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu)
ÜTS	: Ürün Takip Sistemi
WHO	: World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

GİRİŞ

Küresel anlamda sağlık bakım alanının gelmiş olduğu noktada sağlık hizmeti kalitesi oldukça gündemdedir. Yapılan çalışmalar; ülkelerin sağlık harcamalarını arttırmasına rağmen tıbbi hataların hala yüksek olduğu ve hasta memnuniyetinin de bir o kadar düşük olduğunu saptamıştır (Dahlgaard 2011, 673-681). Sağlık alanında baş aktör olan hastanelerin kaliteli hizmet sunmada belirli standartları en iyi şekilde yerine getirmesi elzemdir. Bununla birlikte “sıfır hata” ile çalışması gereken hastanelerin kalite güvencesine odaklanarak standartları en iyi şekilde karşılaması mükemmellik yolcuğunda yeterli olmayacaktır. Bu bakımdan gerek yerel gerek küresel ölçekte sağlıkta kalitenin öneminin giderek arttığını ve bunu sağlamada kalite odaklı yönetim modellerinin kullanıldığını görmek mümkündür.

Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde hastaneler için Sağlıkta Kalite Standartları’nı (SKS) geliştirip uygulamaya 2003 yılı itibariyle başlamıştır. Dolayısıyla Türkiye’nin 16 yıllık geçmişe sahip olan bir kalite serüveni vardır ki bu henüz kalite yönetimi açısından yolun başında olduğunu göstermektedir. Çalışmada SKS’nin alana kattığı bir çok yenilik ve kalite kültürü oluşturmada olumlu etkileri olsa da bir takım zorluklar hala gündemdedir. Bugün; çekinik tıp uygulamaları, malpraktis, hasta ve çalışan güvenliğini sağlamada zorluklar, çalışanların artan iş yükü ile iş/yaşam dengesini sağlama, verilerin kalitesi, sıfır atık, kaynakların sürdürülebilir şekilde verimli kullanımı, sağlığın teşviki, temel sağlık kriterleri açısından OECD ülkeleri arasında son sıralarda yer almak gibi birçok alanda zorluklarla mücadele eden hastanelerin yönetim bakış açılarını daha bütünsel bir anlayışa çevirmeleri bu zorlukları aşmalarında faydalı olacaktır. Günümüzde sağlık alanındaki rekabetin, gerek hasta gerek sağlık çalışanları açısından beklentilerin arttığı düşünüldüğünde özellikle Türkiye gibi sağlık alanında büyük potansiyeli olan bir ülkenin çeşitli kalite odaklı performans yönetim argümanlarına daha yakından bakması önemini korumaktadır. Bu açıdan hastaneleri “sıfır hata” ile çalışmaya sevk edecek potansiyeli olan EFQM Mükemmellik Modeli gibi yönetim modellerinin sanayi ve diğer hizmet sektörlerinde başarılı bir şekilde kullanıldığı gibi sağlık alanında da başarı ile kullanılması diğer gelişmiş ülkelerde olduğu gibi Türkiye’de de mümkündür. Model her ne kadar kamu hastaneleri arasında sınırlı bir uygulama alanı bulsa da geçmişte

modeli uygulamış olan hastaneler incelendiğinde iş sonuçları üzerinde olumlu ve anlamlı katkılar sağlamıştır. Modelin sağlıkta kalite alanında giderek yaygınlaşan bir kullanım alanı vardır. Bunun en önemli sebeplerinden biri sağlamış olduğu bütünsel özdeğerlendirme süreci ile kurumların net olarak iyileştirme alanlarını tanımlayabilmeleri ve ilerlemenin izlenebilmesidir. Bununla birlikte modelin kalite güvence programlarına kıyasla avantajı; bu tür programlara kıyasla mükemmellik modelinin lider ve çalışan düzeyinde kalite odaklılık ve sürekli iyileştirmelere olan sürekli etkisidir (Gené-Badia vd. 2001, 407-409).

Sağlıkta kalitenin önemini vurgulamak üzere araştırmaya konu olan EFQM MM ile SKS'nin karşılaştırması nitel araştırma yaklaşımı çerçevesinde “Durum Çalışması” araştırma deseni ile yapılmış olup tezin birinci ve ikinci bölümünde kavramsal çerçeve, üçüncü bölümünde araştırma tasarımı, dördüncü bölümünde araştırma bulguları, beşinci bölümde genel değerlendirme ve sonuç aktarılmıştır.

BİRİNCİ BÖLÜM

KAVRAMSAL ÇERÇEVE

Bu bölümde kalite kavramı çerçevesinde yönetimin gelişimi, kalitenin tanımı ve evreleri, toplam kalite yönetimi, performans ölçüm sistemleri, EFQM Mükemmellik Modeli, sağlıkta EFQM'in yerine değinilecektir.

1. KALİTE KAVRAMI

Kalite kavramına baktığımızda bu kavramın insanlık tarihi kadar eski olduğunu görmekteyiz. Çünkü insanın içinde sürekli daha iyiye, daha güzele ulaşma arzusu vardır. İşte insanların sürekli daha iyiye ulaşma istekleri hem kendi yaşam standartlarını, hem de işletmelerin ürettikleri ürün ve hizmetlerin kalite standartlarını yükseltmektedir (İpekten ve Kutlu 2003, 367). İnsanlar her ne kadar mükemmele ulaşma isteğinde olsalar da sistemler hata yapmaktadır ve bu gerçek, süreç içerisinde kalite kavramının doğmasına yol açmıştır. Kalite kavramının evrimsel sürecini incelerken yönetimin tarihsel gelişimini de dikkate almak yararlı olacaktır (Sarp 2014, 14).

1.1. Yönetimin Tarihçesi

Kalite kavramına dair ilk yazılı bulgulara bakıldığında MÖ 2000'li yıllara, eski Mısırlılara kadar gitmek mümkündür. Hammurabi kanunlarında da kalite kavramının geçtiği görülmektedir (Özevren 1997, 6). Milattan önce 3000li yıllarda Sümerlerde rahipler kil tabletler üzerinde yönetim uygulamalarına dair kayıt tutmuşlardır. Babil, Akad ve Hammurabi kanunlarında ticari uygulamalar çok sıkı şekilde kontrol altında tutulmaktaydı. Uzakdoğu'da Çin'de yaşamış olan General Sun Tzu'nun savaş planlamaları 2500 yıllıktır, Konfüçyus'un ahlak ve erdem ile ilgili yazıları yüzyıllardır bilinmektedir. Çin'deki bürokrasi yapısı ise Konfüçyus'un değerlerinden çok daha önce geliştirilmiştir. Eski Roma'da yönetsel tekniklerle ilgili, yerel yönetim, vergi toplama, bayındırlık, muhasebe gibi konularda hükümetin kontrolü mevcuttur (Wren 1994, 14-21).

Bunun yanı sıra bilimsel literatüre en eski tapınak olarak geçen Göbekli Tepe'nin keşfi de yazılı olmayan bulgular bakımından insanlık tarihi açısından oldukça önemlidir (Çakmak 2014, 92).

Göbekli Tepe 1994 yılında Alman arkeolog Klaus Schmidt tarafından keşfedilmiş olup (Başgelen 2015, 35), Neolitik döneme ait olan bir inanç merkezi olarak tanımlanmıştır (Schmidt 2007, 115). Göbekli Tepe'de inşa edilmiş olan anıtsal mimari özellikler 12000 yıl önce insanoğlu tarafından oluşturulmuş, gelişmiş bir sosyal sistemin göstergeleri olarak kabul edilmektedir. Göbekli Tepe'nin keşfi ile birlikte birçok insanın aynı amaç için bir arada çalışabildiğinden dolayı organize bir sosyal yaşamın varlığını gözler önüne sermesi bakımından bir yönetim anlayışının varlığından da söz etmek mümkün olacaktır (Çakmak 2014, 58). Üzerinde araştırma yapılacak birçok yön barındıran Göbekli Tepe bilimsel literatüre insanlık ve uygarlık tarihi açısından çok zengin bir çalışma alanı sunmaktadır (Göler 2016, 86).

Yönetim alanında ilk kitap ve ilk bulgulardan (yazılı ve yazılı olmayan) sonra günümüze yaklaştığımızda yönetimin, 1911 yılında Taylor'un "The Principles of Scientific Management (Bilimsel Yönetim İlkeleri)" adlı kitabıyla birlikte organizasyonların sistematik şekilde çalışan makinelere, insanların da makinelerin bir parçasına benzetildiği ve işletmelerin sürekli denetim ve kontrolünün verimlilik için son derece önemli olduğunun kabul edildiği bir döneme girilmiştir (Carlson 1996, 20). Klasik yönetim dönemi olarak kabul edilen bilimsel yönetim anlayışının en iyi yönetim anlayışı olduğunu savunan Taylor bu yaklaşımın da babası olarak kabul edilmiştir (Shafritz ve Hyde 1978, 75). Taylor'u takip eden Fayol'un yönetimin on dört prensibine yönelik olarak yaptığı tanımlamalar (Daft 2008, 26) ve Weber'in bürokrasi yaklaşımı ile rasyonalite ve verimliliğin eşdeğerde olduğu görüşleri klasik yönetim dönemine ait yönetim süreci yaklaşımının temelini oluşturmuştur (Tsoukas ve Knudsen 2003, 196). Yönetim süreci yaklaşımını başlatan Fayol, teknik eğitimden ziyade yönetim temelli eğitim, planlama, organizasyon, direktif verme, koordinasyon ve kontrolün önemine vurgu yaparken, Weber geleneksel ve karizmatik otoriteden ziyade yasal otoriteye vurgu yaparak çalışanların seçilme, işe alınma, terfi gibi süreçlerinde daha objektif, kişisel karar vermeden uzak, adil bir temel belirlemeye çalışmıştır. Bu bağlamda Fayol da Weber de büyük ölçekli organizasyonları

yönetebilmek için bir takım yöntemler belirlemişlerdir (Wren ve Bedeian 2009, 233-234). Bu yönetim anlayışında kapalı bir üretim sistemi içinde, insanlardan en üst seviyede verimi elde edecek bir düzen ve işbölümü esas alınmıştır ve bu süreçte kurallar, net yönergeler, hiyerarşik yapılanma, otoriter yönetim, standardizasyon, formalizasyon temel yönetim araçları olarak kabul edilerek en etkili üretim sağlanmak istenmiştir (Cunliffe 2008, 9). Klasik yönetime getirilen başlıca eleştiriler fiziksel performans, moral unsurları gibi çalışanların insani boyutuna bağlı kavramların göz ardı edildiği yönünde olmuştur (Tosi 2009, 38). Klasik yönetim anlayışının insan unsurunu görmezden gelen yaklaşımı 1920’lerde eleştirilmeye başlanmış ve buna mukabil neo klasik örgüt teorileri 1950’lere kadar eleştirilerine devam etse de klasik kurama alternatif bir yaklaşım getirmemiş, davranışsal bilimin argümanlarından yararlanarak insanın mekanik bakış açısıyla değerlendirilmesine karşı çıkmış ve insanın yerinin örgütün merkezinde olması gerektiğini ifade etmiştir (Shafritz 2011, 93-96). Mayo tarafından kurulan “İnsan İlişkileri Okulu” çalışanların psikolojik yönüne vurgu yapmış ve yöneticilerin çalışan moralini yüksek tutma yönünde bir yaklaşım sergilemelerinin gereğine dikkat çekerek (Johnsen 2016, 92), kişilerin davranışlarının belirleyicisinin kendini grup üyesi olarak algılayıp algılamadığı olduğunu ifade etmiştir (Huse ve Bowditch 1977, 23). Mc Gregor (1957) X ve Y teorisi ile insanın motivasyon unsurlarının göz ardı edilmesinin önemine dikkat çekmiştir. McGregor geleneksel yönetimin insana bakış açısının rasyonel tabanlı olmasının neden yanlış olduğunu ise Maslow’un (1943) motivasyon teorisine dayandırmaktadır (Maidment 1997, 204-208). Bu teoriye göre insanın sırasıyla karşılanması gereken ihtiyaçları vardır (fizyolojik, güvenlik, sosyal, itibar, kendini gerçekleştirme ihtiyaçları). Söz gelimi en önce karşılanması gereken fizyolojik ihtiyaçlar karşılanmadan kişi bir üst ihtiyacını karşılamak için motive olamaz (Maslow 1943, 370-396).

1.2. Modern Yönetim Anlayışı

Modern yönetim anlayışıyla yeniden yapılanan örgütler, varoluşsal amacının doğal bir sonucu olarak geçmişi reddederken modern örgütleri savunur; küreseldir; yönetimde profesyonelleşme ve uzmanlaşma söz konusudur (MBA programları, çeşitli yönetim kurslar vs ile); adil ve eşitlikçi bir örgütsel yapılanmayı desteklerken gücünü

akılcılıktan alır (McAuley vd 2007, 58). Modern yönetim uygulamaları çalışanların teşvik edilmesini destekleyen, hatayı en aza indirmek için bir takım prosedürler geliştiren, hedeflerin değerlendirilmesinin yapıldığı genel olarak algılanan en iyi uygulamalardır (Lee 2018, 328).

Yönetimde yaygın bakış açısı olan hümanistik yaklaşım, süreç içerisinde belirli değişimlerden geçerek üç eğilimi ortaya çıkarmıştır. Bunlar sistem teorisi, durumsallık teorisi ve toplam kalite yönetimidir (Daft 2008, 52).

Sistem Yaklaşımı: yönetime yeni bir bakış açısı getiren bu yaklaşım Bertalanffy tarafından 1920'lerde başlatılmıştır. Bertalanffy'nin 1972 tarihindeki ölümüne kadar üzerinde çalıştığı bu yaklaşımı geliştirmedeki amacı her türlü sistemde genel kabul görebilecek temel süreçleri bulmak, geliştirmek olmuştur (Huse 1977, 38).

Bir sistem belirli parçalardan oluşan ve bu parçaların birbirleri ile ve dış çevre ile ilişkisi olan yapıdadır şeklinde tanımlamak mümkündür (Immegart ve Pilecki 1973, 30). Sistem teorisi yönetim alanında bütünsel bir bakış açısına ulaşmaya katkı sağlamıştır (Robbins 1976, 41).

Durumsallık Yaklaşımı; geleneksel yönetim anlayışında (klasik ve neo klasik yaklaşım) yöneticiler örgütsel uyum ve örgütsel unsurların tasarımı, uygulamadaki başarıyı değerlendirmede ve örgüt çalışanlarının yönlendirilmesi ve kontrolünü sağlamada etkilidir. Ancak yöneticilerin aynı zamanda çevre faktörünü de göz önünde bulundurarak değişen durumlara uyum sağlamalarına imkan verecek tek bir yönetim anlayışının olmadığını fark edip çevreleriyle bütünsel ve dinamik bir ilişkileri olduklarını anlamaları gerekmektedir (Miles vd. 1978, 561).

Öte yandan organizasyon dış çevresini hesaba katarken iç çevresini de hesaba katmalıdır (Carlisle 1976, 384). Bu yaklaşım organizasyonun temelde neye ihtiyacı olduğunun tespit edilerek ona uygun olan yaklaşımın en iyi yaklaşım olduğunu savunur. Dolayısıyla tek bir “en iyi yaklaşım” tanımı da söz konusu değildir. Örneğin organizasyona rutin işlerde daha katı, mekanik bir yaklaşım önerirken, belirsizliğin hakim olduğu işlerde daha esnek, organik bir organizasyon şeklini önerir (Micheal 1978, 429).

TKY yaklaşımı 1980’lerde başlayıp 1990’lı yıllarda yaygınlaşmıştır. 1950’li ve 60’lı yıllarda Philip Crosby’nin “sıfır hata” düşüncesinden hareketle kalitenin temelinde yatanın önleme değil “mükemmelleştirme” olduğu vurgusu, Edward Demings’in kalitenin yönetilmesi gereken bir unsur olmasına vurgu yaparak ifade ettiği 14 ilkesi, Armond Feigenbaum’un kalitenin henüz hammaddenin alımı aşamasında başlayan organizasyonun her kademesine yayılarak devam eden kesintisiz bir iş olması fikri, Joseph Duran’ın “takım çalışması” na verdiği önem, Kauro Ishikawa’ nın geliştirdiği “kalite çemberleri” gibi yaklaşımlar bu yaklaşımı oluşturmuştur. Bu akımın öncü isimleri küreselleşmenin etkisiyle beraber rekabet unsuru olarak kalite kavramını tüm işletme faaliyetleri açısından temel bir konu olarak ele alınmasını sağlamışlardır (Koçel 2016, 438-440). Bu tarz modern yönetim uygulamalarının sadece firma performansını değil aynı zamanda vasıflı işçiler ile vasıfsız işçiler arasındaki gelir farkını arttırdığına dair de kanıtlar mevcuttur (Lee 2018, 30).

Modern yönetim anlayışına katkıda bulunan başlıca kişiler arasında genel yönetim konularında çok üretken bir yazar olan Peter F. Drucker (1974), Japonya’da kalite kontrolünü başlatan W. Edward Deming (İkinci Dünya Savaşı sonrası), Laurence Peter (1969), Japon yönetim uygulamalarını A.B.D.’de gündeme getiren William Ouchi (1981), mükemmel şirketlerin tanımlarını belirleyerek alana katkıda bulunan Thomas Peters ve Robert Waterman (1982) gibi isimler de sayılabilir (Weichrich 2008, 12).

1.3. Modern Yönetimde Değişen Paradigmalar

21. yüzyılda şimdiye kadar bildiklerimizin doğru ve geçerli olduğu fikri bizi yanıltabilir. Hatta geçmiş kabullerimiz yanlış dahi olabilir. Dolayısıyla bu yüzyılda yeni bakış açıları geliştirmek için doğru bilinen her şeye yeniden bakmak bir gerekliliktir. Ne takım çalışmaları ne de “CEO kültü” bir işletme için tek doğru değildir. Aynı anda birçok uygulamaya değişik alan ve çalışma ortamlarında ihtiyaç duyulabilir. Zaten yeni yüzyılda işletme yönetimi kavramı da tartışmalıdır. Yönetim becerileri geleneksel olarak kar odaklı olmayan alanlarda da (sağlık, eğitim vs.) geçerliliğini koruyabilmelidir. Yönetime “işletme yönetimi” diye dar bir açıdan artık

bakamayız (Drucker 2000, 2). Yönetimin eski ve yeni paradigmlarına kısaca aşığıdaki tabloda değinmek mümkündür (Drucker 2000, 2).

Tablo 1. Yönetimde Eski ve Yeni Paradigmalar

Eski Paradigma	Yeni Paradigma
Yönetim, işletme yönetiminden ibarettir	Yönetim ilkeleri tüm organizasyonlar için uygulanabilir durumdadır.
Tek organizasyon şekli olmalıdır	Görev/iş odaklı organizasyon yapısı uygulanmalı, geliştirilmeli, anlaşılmalıdır.
İnsanları doğru şekilde yönetmenin bir yolu vardır	İnsanları yönetmek değil onlara önderlik etmek gerekir.
Teknoloji, pazarlar ve son kullanıcı verildi	Strateji ve politikaları müşterinin kesesi belirler. (Müşteri tarafından harcanabilir gelir kullanımı politika ve stratejiyi belirler)
Yönetim yasal olarak tanımlanır	Yönetim operasyonel süreçlerle tanımlanır.
Ekonominin tanımını ulusal sınırlar belirler.	Ulusal sınırlar ekonomi tanımını için yetersizdir.

Kaynak: Drucker, P. (2000). Management Challenges for the 21st Century, *Sounview Executive Book Summaries*, 22(1), 1-8.

Yönetimin tarihçesine kısaca değindikten sonra kalite tanımına ve TKY yaklaşımına detaylıca yer verilecektir.

2. KALİTE NEDİR

Kalite kelimesi Latince “nasıl oluştuğı” anlamına gelen “qualis” kelimesinden türemiş ve “qualitas” kelimesiyle ifade edilmiştir (Şimşek 1998, 5).

“Kalite” nedir? sorusunun alan yazında değişik tanımları bulunmaktadır. Günümüzde genel olarak tanımı ise şöyle ifade edilebilir: Kalite, müşterilerin, ürün ve hizmetlerden beklediklerinin karşılanması, hatta daha fazlasının müşterilere sunulmasıdır (Hitt, Ireland ve Hoskisson 1995, 147).

Bunun dışında kalite ile ilgili yapılan diğer tanımlara da bakacak olursak (Sarp 2014, 35);

Alman Standartlar Enstitüsüne göre; “Bir ürünün öngörülen ve şart koşulan standartlara uyum kabiliyetidir.” Avrupa Kalite Kontrol Birliği’ne (EOQC) göre; “Belirli bir malın veya hizmetin tüketicinin isteklerine uygunluk derecesidir.” Japon Sanayi Standartları Komitesi (JIS)’ne göre; “Ürün veya hizmeti ekonomik bir yoldan

üreten ve tüketici isteklerine cevap veren bir üretim sistemidir.” Amerikan Kalite Kontrol Derneğine göre (ASQC); “Bir mal veya hizmetin belirli bir gereksinimi karşılayabilme yeteneklerini ortaya koyan karakteristiklerin tümüdür.”

Kalite, Uluslararası Standardizasyon Örgütünün ISO 9000 Kalite sözlüğünde “Ürün ya da hizmetin belirlenen ya da olabilecek gereksinimleri karşılama niteliğine dayanan özelliklerin toplamıdır.” şeklinde ifade edilmektedir. W. Edwards Deming kaliteyi müşterinin gelecekteki istek ve beklentilerinin isabetli bir şekilde tahmin edilerek yapılan yenilikler olarak tanımlamaktadır. John Ruskin kaliteyi tesadüfi sonuçlarla değil bilinçli çabalar ile elde edilecek bir kavram olarak tanımlar (Sarp 2014, 35). Bunu Tük Atasözü olan “Bakarsan bağ bakmazsan dağ olur” ifadesi de karşılamaktadır. Charles A. Mills kaliteyi “doğru ürün ya da hizmeti, müşterinin eline doğru zamanda ve doğru fiyatla koymaktır” şeklinde tanımlamaktadır. Ayrıca kalite nin iş stratejisinin önemli bir bileşeni ve yüksek kaliteli iyileştirme, rekabet gücü yüksek uluslararası iş dünyasında kullanılan stratejik bir değişken olarak da ifade edilmektedir (Adam 2001, 43). Globalleşen dünyada yaşanan rekabet şartları, müşteri tatminini sağlayan temel unsur olarak kalite iyileştirmeyi ön plana çıkarmıştır (Küçük 2012, 23). Kalite demek memnun müşteri, zamanda, maliyetlerde hatalarda ve tekrara düşen işlerde azalma demek olduğundan hem müşteri hem de üretici açısından önemli bir kavramdır (Adenauer 2001, 123). Kaoru Ishikawa’ya göre kalite; “Dar anlamda kalite ürün kalitesi demektir. Geniş anlamda kalite iş kalitesi, hizmet kalitesi, iletişim kalitesi, proses kalitesi, firma kalitesi, hedeflerin kalitesidir.” (Yatkın 2014, 2).

İşletmeler için işletmelerin türü fark etmeksizin eğer sektörde tekel değilse rekabet kaçınılmazdır. Gerek hastaneler, üniversiteler, gerek imalat işletmelerinde çalışanların amacı hastalarının, öğrencilerinin, müşterilerinin ilgisini çekebilmek ve onları işletmelerine yönlendirmektir. Bunun için ise kalite önemli bir rekabet aracı olarak karşımıza çıkmaktadır (Mirze 2010, 423).

Garvin kalitenin bir strateji unsuru olarak ele alınmasında, kalitenin rekabet avantajı sağlayabilecek bir takım nişlerinin tanımlanabilmesinin önemini vurgulamıştır. Bu bağlamda stratejik analizde kullanılabilecek sekiz kritik kalite boyutu önermiştir (Garvin 1987, 104-110).

1. Performans (ürün/hizmetin temel fonksiyonları): Her ne kadar bir ürün/hizmetin performansı, değerlendirene göre farklılık gösterse de tüketiciler o ürün/hizmeti genellikle temel olarak objektif, fonksiyonel standartlara göre değerlendirirler. Bu bağlamda daha öznel olan koşullu tercihlerden ayrılırlar. Örneğin bir lokantaya gittiğimizde yemeklerin hijyenik kurallara uygun olarak yapılmasını beklememiz en temel ve haklı beklentidir.

2. Özellikler (ürün/hizmetin ikincil fonksiyonları): Özellikler, bir ürün/hizmetin temel fonksiyonlarından sonra genellikle kalite ve üstün performans ile ilişkilendirilen, şirketlerin rekabet üstünlüğü kazanmasını sağlayan en ses getirci karakteristiklerini ifade eder. Örneğin kahve termosunun seramik olması içim keyfini arttırıcı ikincil bir özelliğidir.

3. Güvenilirlik (ürün/hizmetin arızalanma/yanılma sıklığı): Bir ürünün arızalanma sıklığını ifade eder. Bir başka deyişle teknik özellikleri bakımından hatalı olma ihtimalini yansıtır.

4. Uygunluk (ürünün tasarımcının tasarımına uygunluğu): Bu aşamada ürünün tasarımcının tasarımına ne kadar uygunlukta üretildiği anlaşılmaktadır. Bir seviyeye kadar standartlardan sapmaya göz yumulur. Bu sapma seviyesini Genichi Taguchi “kayıp fonksiyonu” kavramı adı altında incelemiştir. Hizmet sektöründe uygunluk dendiğinde ise doğruluk, zamanlılık, işlem hataları, gecikmeler gibi hatalar akla gelir. Bu boyut ürünün tasarım ve işleme karakteristiklerinin önceden oluşturulan standartlara uyma derecesiyle ilgilidir.

5. Sağlamlık-Dayanıklılık: Ürünün bozulana kadar sağladığı kullanım miktarını ifade eder. Dayanıklılığın önemli olduğu sektörlerin başında otomobil, beyaz eşya sektörleri gelmektedir.

6. Servis Kolaylığı (ürünün onarım kolaylığı): Özellikle bazı sektörlerde ürün arızası, rutin bakım gibi hizmetlerin hızlı ve düşük maliyetli olarak sunulması tüketicinin kalite algısını doğrudan etkileyebilmektedir. Örneğin cihaz, otomobil sektörü servis kolaylığı bakımından önemli sektörlerdir.

7. Estetik (dış görünüş): Kalitenin bu boyutu oldukça öznelidir. Ürünün ne derece göze hitap ettiği, duysal, dokunsal vb. özelliklerini ifade eder. Bu boyutta bütün müşterileri memnun etmenin mümkün olmadığı peşinen kabul edilerek kurumların estetik açıdan bir niş araması olağandır.

8. Algılanan Kalite (ürünün itibarı): Bir ürüne veya hizmete dair kalite algısının temel unsuru o ürün veya hizmetin itibarı ile direkt ilişkilidir. Bugün bir ürün/hizmetin kalitesi hakkında karar vereceksek onun geçmişteki kalitesi karar vermemizi sağlayan birincil faktördür.

Kalite ile ilgili tüm bu tanımlar bize kalitenin çok da kolay açıklanamayacağını göstermektedir. Geleneksel anlamda kalite tanımı bir ürün veya hizmetin bunları kullananların ihtiyaçlarına cevap vermesi olarak yapılmıştır. Kullanıma uygunluk kavramının ise tasarım kalitesi ve uygunluk kalitesi olmak üzere iki argümanı vardır. Bu argümanlar kalite anlayışının imalatçı sınırları içinde kaldığı (hapsolduğu), ürünün spesifikasyonlara uygunluk düzeyinin kalite ile özdeşleştirildiği, bunu yaparken de müşteri beklentilerinin dikkate alınmaksızın standartlara uygun üretimin yeterli görüldüğü bir kalite yaklaşımını yansıtmaktadır (Montgomery 2006, 5).

Modern kalite tanımı ise kalitenin değişikliklerle ters orantılı olduğu şeklinde ifade edilmektedir. Buradaki değişiklik istenmeyen ve zararlı değişiklikleri ifade etmektedir. Bir ürünün önemli özellikleri ne kadar az değişirse ürün kalitesi de o kadar artacaktır. Çünkü azaltılmış değişkenlik doğrudan maliyetlerin de azalmasını sağlayacaktır. Süreçlerdeki birçok değişkenlik unsuru genellikle atıklarla sonuçlanmaktadır. Kısaca kalite iyileştirmenin gerek süreçler gerek ürünlerdeki bir takım değişikliklerin azaltılması ile doğrudan ilişkisi vardır (Montgomery 2006, 7).

Kalitenin standart bir tanımının olmamasının en önemli nedeni kalitenin farklı ortamlarda farklı kişiler tarafından, farklı algılanmasıdır (Lovelock 1991, 366).

Kalite ile ilgili bu kadar farklı tanımın oluşması kalite kavramı ile ilgili görüşleri de psikolojik algılama ile ilgili görüşler; süreç odaklı görüşler; ürün ve hizmet odaklı görüşler olarak üçe ayırmıştır. Bu görüşlere kısaca değinilirse; Psikolojik algılama ile ilgili görüşler, kalite kullanıcıların algılarına göre değişebilen

bir üstünlük ifadesidir (James 1996, 82). Süreç odaklı görüşler; iş yapma süreçlerinin çalışanlar ve kurum açısından gereksinimlerin karşılanma durumunu kalite göstergesi olarak alır (James 1996, 56). Ürün ve hizmet odaklı görüşler; müşteriye sunulan ürün/hizmetin müşterinin gereksinimlerini karşılama kabiliyetini kalite göstergesi olarak alır (James 1996, 115).

Kalitenin tanımını belirleyen ölçü yapılacak olan işin dolayısıyla alınacak sonucun da tanımıdır ve işe ne kadar dar bir pencereden ve katı bir şekilde bakarsak o kadar başarısız sonuçların başarısını ölçeriz, bakış açısı olumlu sonuçlara odaklandıkça başarılı sonuçları ölçmeye o kadar yaklaşılr. Kısacası yapılacak iş alınacak sonucun kendisidir (Drucker 2000, 7).

Kalite kavramı 1980'lerde Amerika'daki firmaların rekabet avantajı sağlamasında bir yol olarak önerilmiş olup ürün/hizmetin tanımını yapmada kullanılmıştır. Modern yönetim açısından ise kalite ürün/hizmetin tanımından daha fazlası olarak adledilip daha bütünsel bir açıdan değerlendirilmiştir (Pamela ve Goodman 1998, 21-25).

Kaliteye bakış açısının netleşebilmesi adına kalitenin evrelerine de değinmekte fayda görülmektedir.

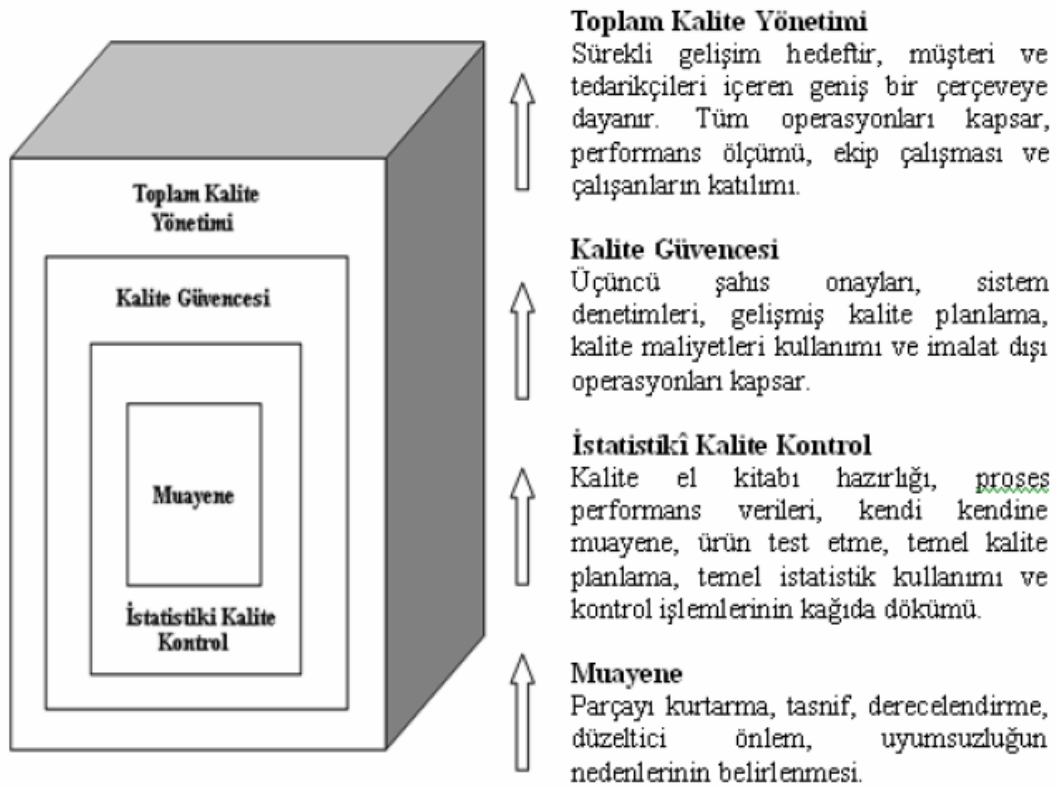
2.1. Kalitenin Evreleri

Kalite konusu işletmeciliğin temel konularından biri olmuştur. Kalite yönetimi ile ilgili ilk sistematik çalışmaları ise 1932 yılına kadar, W.A. Shewhart'ın çalışmalarına götürmek mümkündür. Ancak bu çalışmalar 1980'lere kadar tüm işletme faaliyetlerine yayılımı sağlanan bir yönetim biçimi oluşturamamıştır (Grant 1994, 26). Endüstri devrimi öncesine gelindiğinde ise birkaç işçinin üretim ve üretim kalitesinden sorumlu olduğu bir kalite yönetim sisteminden bahsedilmektedir (Sarp 2014, 21). Endüstri devrimine gelindiğinde ve sonrasında, üretimin artmasıyla birlikte atölyelerin yerini fabrikalar almıştır. Endüstri devrimi sonrası kalite kavramına bilimsel katkı yapan kişi ise Frederick Taylor olmuştur. Taylor için önemli olan üretimin fazlalığı olmuştur ve bu bakış açısıyla birlikte çalışanların uzmanlaşması, işlerin parçalara bölünerek basitleştirilmesine dayalı bir model ortaya çıkmıştır. Bunun sonucunda

birey ikinci plana atılmış, bireyin iş süreçlerine katkısı göz ardı edilmiştir (Özevren 1997, 6-7). Bu tarihlere kadar kalite üretimde istatistiki kalite kontrol uygulamalarından oluşan ve bir kişi veya bölümün sorumluluğunda kalmıştır.

1950 ve 60'lı yıllarda Philip Crosby, Edward Demings, Armond Feigenbaum, Joseph Duran ve Kaoru Ishiwaka başta olmak üzere çeşitli araştırmacılar tarafından yapılan çalışmalar ve ileri sürülen fikirler, globalleşme ile birlikte kalite konusunun işletme faaliyetlerinin bütününe yön veren temel bir kavram haline gelmesini sağlamıştır (Koçel 2015, 438).

Kısaca kaliteyi evrelerine bakarak özetlemek gerekirse dört evreden bahsedilmektedir; Muayene, İstatistiki kalite kontrol, Kalite güvencesi, Toplam kalite yönetimi.



Şekil 1. Kalitenin Dört Aşaması

Kaynak: Şimşek, M. (1992). Kalite: ISO 9000/BS 5750 Nedir ve Nasıl, *Mühendis ve Makine Dergisi*, 33(392), 18-23.

1. Birinci Aşama: Muayene

Sanayileşmenin ilk mesleği olan muayenecilikte temel yaklaşım tüketiciyi korumak olmuştur. Bununla birlikte bu yaklaşımın üreticiyi koruduğunu söylemek mümkün değildir. Çünkü muayene edilen bir üründe hata tespit edildiğinde tüketiciye hatalı ürünün gitmemesi sağlanırken üretimin son aşamasında yapılan muayene sonucu tespit edilen hatalı ürün üretici için son derece maliyetli olmuştur (Grant 1964, 35-36). Bu aşamada hatalı ürün için artık geri dönüş yoktur ve tüm süreç, emek, zaman, maliyet bir nevi heder olmuştur.

2. İkinci Aşama: İstatistiki Kalite Kontrol

1920'ler itibariyle diyebiliriz ki son aşamada yapılan muayene işleminin çok maliyetli oluşu bu sürecin ara kontrollere ve giriş kontrollerine doğru yaygınlaşmasını sağlamıştır (Stora ve Montaigne 1986, 21-22). Walter Shewart'ın bir takım süreç iyileştirme çalışmaları yapması onu istatistiki kalite kontrol aşamasına getirmiş ve belirli standartlar belirlenerek tüketiciyi korumaya yönelik bir takım uygulamalar yapılmaya başlanmıştır (Stora ve Montaigne 1986, 25-27).

3. Üçüncü Aşama: Kalite Güvencesi

Kalite güvencesi programlarında temel amaç soruların önlenmesi ve düzeltilmesidir (Laszlo 1999, 234-235). Kalite güvence sistemleri hizmet sağlayıcılarının gerek tüketici gerek üçüncü şahıslar olmak üzere tüm paydaşlarına verilmiş olan belirli standartları sunarak, genellikle, bakımın uygunluğunu, yeterliliğini ve etkinliğini arttırmak için bireysel müşterilerine verilen bakım kalitesini ölçmeyi içermektedir. Bununla birlikte taahhütlerini belgeler ve bir takım değerlendirme prosedürlerini bünyesinde barındırır (Lalonde 1982, 352-53). Kalite güvencesi temel yöntem olarak vaka araştırmaları ve akran değerlendirmelerini içerir ve belli standartlara uymayan tüm durumlar derinlemesine ve ayrıntılı olarak incelenir (Patton 2018, 148). Kalite Güvencesi her ne kadar kalite kontrolüne başlarda önem veriyse de bu önem zaman içinde kalite geliştirmeye doğru odaklanmıştır (Türksever ve Atalık 2001, 163). Kalite güvence sisteminin ortaya çıkışı İkinci Dünya Savaşı yıllarına dayanır. Bunun nedeni ise savaş ortamında olan bir ordu için dışarıdan tedarik

edilen mühimmatın savaş esnasında çıkarabileceği bir sorunun hayati öneme sahip olmasıdır. Bu nedenledir ki tedarik edilen tüm ihtiyaın kabul edilebilir nitelikte olması gereklidir. Bunu sağlayabilmek için de “kalite güvencesi” kavramı ortaya çıkmıştır (Stora ve Montaigne 1986, 25-27).

4. Dördüncü Aşama: Toplam Kalite Yönetimi

ABD’de gerek kalite kontrolü gerek istatistiki yöntemlerin uygulanmasına katkı sağlamış olan uzmanlar bu süreçlerin işletmelerin tüm bölümlerinde sahiplenilmesinin öneminin farkındaydılar. II. Dünya Savaşı sonrası Amerikan rnleri üzerinde bulunan “Made in USA” damgası zaten bir nevi kalite belgesi yerine geçiyordu. Savaş bittikten sonra Japonya’nın durumunun kötü olması onların Amerikalı kalite uzmanlarından destek almalarının da yolunu amış oldu. Böylece Toplam Kalite Kontrolü ya da Toplam Kalite Yönetimi adlarını taşıyan görüşlerin benimsenmesi Japonlar tarafından gerçekleşmiş oldu. Japonlar kaliteyi mşteriyeye verilen bir söz olarak tanımlamışlar ve bu sözün tutulmasında işçilerin de payı olması gerektiğini anlamışlardır. Bu fikrin benimsenmesi ile birlikte 1962 yılında Kauro İşhikawa’nın başlatmış olduğu işçi eğitimleri ve Kalite Kontrol emberleri (KK) alışmaları başlamıştır. Sonuçların başarılı olması sayesinde Japonlar dünya ticaretinde hızla yer almaya başlamışlardır. 1960’lı yıllarda optik, 1970’li yıllarda elektronik, 1980’li yıllarda otomotiv sektöründe dünya liderliğini ele geçirmişlerdir. 1980’li yıllar “Kalite stnlğ ile Rekabet” dönemini açmıştır (Efil 2010, 23). Toplam kalite yönetimi ve sürekli kalite iyileştirme tartışmalarının odağında başlarda “objektif” performans sistemlerine ve istatistiki süreçlere güçlü bir vurgu olsa da, zaman içerisinde kalitede nitel bakış açılarına verilen değerin arttığını görmekteyiz (Türksever ve Atalık 2001, 163).

3. TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ

XX. yüzyılın ortalarından sonra Avrupa ve ABD’de bu yaklaşımlar tartışılırken Japonya’da Deming ve Juran Toplam Kalite Yaklaşımını geliştirmişlerdir. 1980’li yıllar itibariyle bu yaklaşıma İşhikawa’nın Kalite emberleri ve Neden-Etki Analizleri, Taguchi’nin İstatistiksel Deney Tasarımı ve Kalite Kayıp Fonksiyonu,

Crosby'nin Sıfır Hata Yaklaşımı ile İmai'nin Kaizen çalışmaları önemli yer tutmaktadır (Ökmen ve Dönmez 2005, 29). Joseph Juran 1951'de ABD'deki kalite anlayışının tam olarak neler yapabildiğini ifade edebilmek için “Kalite Kontrol El Kitabı”nı yayımlayarak o dönem için çok ses getiren bir kitap yazmış oldu. Juran kitabında kalitenin iyileştirilmesi yönünde yapılan yatırımların hurda, tamir gibi şikayete konu olan ve ürünlerde meydana gelen hatalar diye adlandırılabilir başarısızlık maliyetlerini kayda değer bir biçimde azaltılabildiğini gördü ve bunu rakamlarla da ifade edebildi. İkinci olarak da önleme konusuna vurgu yaparak kaliteyi bu iki ana konu üzerinde temellendirmiş oldu. 1956'da Armand Feigenbaum ise ilk defa “Toplam Kalite Kontrol” terimini kullanan kişi olarak Juran'ın ifadelerini daha da bütüncül bir yaklaşımla değerlendirmiş oldu. Feigenbaum kalitenin sadece imalat bölümünün işi olmadığını “işlevsel ekipler” olarak ifade ettiği pazarlama, satın alma, üretim gibi bölümlerin de sahiplenmesi gereken bir kavram olduğunu vurgulayarak “TKY” fikrini işletmelerin tüm bölümleri tarafından paylaşılması gereken bir sorumluluk olarak ortaya koymuştur (Garvin 1987, 101-102). Dr. Feigenbaum Toplam Kalite Kontrolü'nü tanımlarken, müşterilerin gereksinimlerini en düşük maliyet ile karşılayabilme amacıyla işletmenin birçok farklı bölümünün bir arada uyum içinde, aynı amaçları gözeterek çalışmasını sağlayan ve ilgili çalışmaların aynı zamanda gelişmesi ve devamlılığının sağlanmasında etkili olan bir yol olduğunu ifade etmiştir (Akao 1991, 3). TKY müşterinin beklentilerini satıştan sonra da karşılamaya devam eden, temelinde müşteri odaklılık olan ve bunu sağlarken de işletmenin tüm çalışanların fikirlerinin alındığı ve bu katılımcılığın kurumda bir davranış biçimi haline dönüştüğü, gerek hizmet gerek ürünün sürekli gelişimini bir düzen çerçevesi ile sağlayan yöntemdir (Berry 1991, 12). Masaaki İmai'ye göre ise kaliteden bahsedilince ilk akla gelen “ürün kalitesi” olsa da bu doğru değildir. TKY'de temel gaye “insana kaliteyi işlemek” üzerinden kurgulanır. Bu yapıldığı takdirde işletme doğal olarak kaliteli üretim yolunu yarılacaktır. Bu bağlamda işin üç yapıtaşı vardır: Donanım (hardware), uygulama kuralları (software) ve insan (humanware). İmai'ye göre TKY insan ile başlar, donanım ve uygulama kurallarından ise ancak insan doğru konumlandırıldıktan sonra bahsedilebilir (Türkiye Kalite Derneği 2014, 41-42).

Toplam kalite yönetiminin tanımını yaparken bu kavramın barındırdığı üç kelimeyi de ayrı ayrı ele almak faydalı olacaktır:

Toplam: Tüm çalışanların katılımını ifade etmektedir. Başka bir ifade ile “herkesin katılımı” olarak vurgulamak mümkündür. Bir kuruma girdiğinizde kapısındaki güvenlik görevlisinden en üst düzey yöneticisine kadar herkesin kalite olgusuyla alakalı ortak bir bakış açısının olduğunu görebilmek bir nevi herkesin katılımına bir kanıt olabilecektir.

Kalite: Kalite kavramı standartlara uygunluğu ifade eder diyebiliriz. Burada standartları oluşturmada temel unsur “müşteri isteklerine uygunluk” olarak algılanmalıdır. Günümüz şartları dikkate alındığında kalite kavramı ile müşteri istek ve beklentilerini karşılamakla birlikte, müşterinin gelecekteki beklentilerini de aşabilmek gibi süreçler kast edilmektedir.

Yönetim: Kalite tesadüfi olarak var olamayacağından mutlaka yönetilmesi gereken bir kavramdır. Bu nedenle yöneticilerin her konuda çalışanlarına liderlik yapması, onlara davranışları ile örnek olması ve kurumun her kademesinde katılımcı bir yönetimin sağlanması ifade edilmektedir (Tuna ve İlkay 2012, 22).

Toplam kalite yönetiminin ne olduğunu anlamak için klasik yönetim anlayışından farklı olan taraflarına bakabilmek de faydalı olacaktır. Bu bağlamda aşağıdaki tabloda klasik yönetim anlayışı ile toplam kalite yönetimi arasındaki fark gösterilmektedir.

Tablo 2. Klasik Yönetim ve TKY arasındaki Farklar

	KLASİK YÖNETİM	TKY
Örgütsel Yapı	Hiyerarşik ve katıdır	Esnek ve düzdür
Değişime Bakış	Var olan duruma bağlıdır	Sürekli gelişmeyi hedefler
İş görene Üst	Çalışanların üstü, amiri olarak çalışır	Kolaylaştırıcı, öğretici, yönetici bir lider profili oluşturur.
Ast-Üst İlişkisi	Bağımlı, korkuya dayalıdır	Güven ve anlayışa dayalıdır
İş gören Çabaları	Bireysel ve rekabete dayalıdır.	Takım halinde çalışmayı esas alır.
İşgücü Çabaları	İşgücü ve geliştirmeyi maliyet olarak görür	İşgücü varlıktır ve geliştirme de bir yatırımdır
Temel Karar	Yöneticilerin deneyimlerine dayalıdır	Gerçeklere ,sağlam bilgiye ve yöntemlere dayalıdır.
Kaliteyle İlgili Karar	Yönetim kaliteye karar verir.	Kalite müşteriye sorulur.

Kaynak: Tuna, M. ve Güler, İ. (2012). Kalite Yönetim Sistemleri, Detay Yayıncılık, Ankara, 22.

- Tüm bu TKY tanımlamalarından sonra belki de konuyu netleştirmek için TKY'nin ne olmadığına yönelik tanımlamalara da bakmak faydalı olacaktır: TKY gelip geçici bir yönetim anlayışı değildir; Japonlara has bir yönetim anlayışı değildir; İlkeleri Türk kültürüne, bir çok farklı sektöre göre ters ve yapılamaz değildir; Sistemlerin standardize edilmesini sağlayan belgelerden (ISO 9001, ISO 14000 vb.) ibaret değildir; Yönetimin üst kademesinde bulunanların astlarına delege edebileceği bir yaklaşım değildir; Sadece üst yönetimin kararlarının ilgili yönergelerle bir kurumda uygulanarak istenen değişimin sağlanmasını beklemek değildir; Kalitenin sürekli gelişmesine hizmet eden tekniklerden (balık kılçığı, beyin fırtınası vb.) herhangi biri veya bir kaçı değildir; Başlangıcı 1900'lere dayanan artık modası geçmiş bir yol değildir; Kurumların bünyesinde bulunan ve sadece adında "kalite" geçen bölümlerin (kalite müdürlüğü, kalite direktörlüğü vb.) sorumluluğunda olan bir yaklaşım değildir. (Peker 2000, 15).

Eğer TKY için mükemmele ulaşma isteğini referans alacak olursak bu bağlamda TKY'nin çok net bir tanımı yapılamaz. Çünkü mükemmellik algısı kişiye, zamana, kültüre, sosyoekonomik düzey gibi birçok unsura göre değişim gösterecektir. Ama tüm bu değişkenlerin farkında olarak müşteri odaklı bir bakış açısı ile mükemmele ulaşma isteği bizi TKY felsefesine götürecektir. TKY felsefesi ise özünde sonu olmayan bir yolculuk olarak karşımıza çıkacaktır.

3.1. TKY'nin Farkı Nedir

TKY, ürün ve süreçlerin kalitesini artırarak rekabet performansını artırmak için bir grup fikir ve teknik içermektedir. TKY Japonya, Kuzey Amerika ve Avrupa'ya yayılmış olmasına rağmen, özellikle 1980'lerden beri ABD işletmeleri üzerinde derin etkiler bırakmıştır. Kalite yönetiminin teknikleri ve felsefesi W.A. Shewart'ın 1932'de yayınlanan Manufacturing Ürünleri Kalite Kontrol Ekonomik Denetimi'ne kadar uzanabilir, ancak ABD'deki kalite yönetiminin hızla yaygınlaştırılması 1980 yılına kadar bir fenomen haline gelmemiştir. Deming'in 24 Haziran 1980'de yayınının ortaya çıkması bir dönüm noktası olmuştur: Deming şunları ifade etmiştir: "Japonya'nın yapabileceği şey... ABD'de ortaya çıkan kalite yönetim yöntemlerine olan ilgiyi neden tetikleyemiyoruz, ancak Japon şirketleri uygulamışlardı ve önceki yirmi beş yıl içinde bunu yapıp geliştirmişlerdi (Robert 1994, 26).

Edward Deming kalitenin yönetilmesi gerektiğini ve bunun için şu 14 ilkenin uygulanmasının şart olduğunu ileri sürmüştür: (Hitt 1994, 632).

1. Yönetimin hedefi sürekli gelişme olmalı ve bunun gerçekleşebileceği ortam yaratılmalıdır. Üst yönetimin temel hedefi sürekli gelişme ve bunun sürdürülebileceği çalışma ortamlarının yaratılması olmalı.

2. Bu bakış açısı kurumun her kademe çalışanını kapsayacak şekilde bütüncül olarak benimsenmelidir.

3. Kalitenin süreçleri izlenirken istatistiksel yöntemler ile karar verilmelidir.

4. Fiyat unsuru kurumun süreçlerini değerlendirmede tek unsur olmamalıdır.

5. Üretim ve hizmet süreçleri değerlendirilirken çözülmesi gereken sorunların var olabileceği göz önünde bulundurulmalı ve sürekli olarak iyileştirme çalışmalarına odaklanılmalıdır.

6. Eğitimler iş başında iken verilmelidir.

7. Sadece rakamlara odaklanmayan kalite kavramını da barındıran bir liderlik anlayışı öğretilmelidir.

8. Kurumda korku değil güven duygusu hakim olmalı ve yaratıcılığın gelişmesi amaçlanmalıdır.

9. Kurumun bölümleri arasında iletişim ve uyum hakim olmalı, bölümler bir arada çalışabilmeli.

10. Verimliliğin artırılması için bir takım yöntemler geliştirilmelidir.

11. Bir amaç belirlerken hedefler rakamsal olmamalıdır.

12. Kurum çalışanlarının yaptığı iş ile gurur duymaları ve o işi özümsemeleri sağlanmalıdır.

13. Kişisel gelişim desteklenmelidir.

14. Yönetim tüm bu maddelerin hayata geçirilmesini sağlayacak tedbirler konusunda sorumluluk almalıdır.

TKY'nin kökenleri ve yayılma modeli, savaş sonrası dönemde iş dünyasına yönelen diğer yönetimlerden ve organizasyonel yeniliklerden oldukça farklıdır. Amaçlar, zamana dayalı yönetim ile yönetim ve inovasyonun temel yönetiminin stratejik yönetimi gibi yeniliklerdir (Grant, Shani ve Krishnan 1994, 26). TKY' nin dört ayırt edici özelliği öne çıkmaktadır.

TKY'nin Gelişim ve Yayılımı ile Diğer Yönetim Metodları		
	TKY	Diğer Yönetim Metodları
Entelektüel kökenler	İstatistiki teori; örnekleme ve varyans analizi	Sosyal Bilimler; mikroekonomi, psikoloji, sosyoloji
Yenilik Kaynağı	Sanayi ve devlette çalışan endüstri mühendisleri ve fizikçiler	Önde gelen yönetim danışmanlığı yapan şirketler ve işletme okulları
Ulusal Köken	Uluslararası; A.B.D'de ortaya çıkmış, Japonya'da gelişmiş ve oradan Kuzey Amerika ve Avrupa'ya yayılmıştır.	A.B.D'de gelişip sonra uluslararası yayılım göstermiştir.
Yayılım Süreci	Popülist; küçük şirketler ve orta düzey yöneticilerin önemli rolleri ile yayılmıştır	Hiyerarşik; önde gelen şirketlerden daha küçük şirketlere; üst yönetimden şirket içindeki alt kademe yöneticilere doğru yukarıdan aşağıya yayılmıştır.

Şekil 2. TKY'nin Gelişim ve Yayılımı ile Diğer Yönetim Metodları

Kaynak: Grant, R., Shani, R. ve Krishnan, R. (1994). TQM's Challenge to Management Theory and Practice, *Sloan Management Review/Winter*, 35(2), 25-35.

Entelektüel Kökenler. Modern yönetim teorisi ve tekniklerine en çok katkı Sosyal Bilimler alanında olmuştur. Ancak TKY'nin teorik temeli istatistiktir. TKY'nin özünde, örnekleme ve varyans analizine dayanan İstatistiksel Süreç Kontrolü (SPC- Statistical Process Control) bulunmaktadır. Mikroekonomi çoğu finansal yönetim tekniğinin (örn, nakit akışı analizi, hisse değerlendirme, muhasebe ilkeleri) temelidir; psikoloji pazarlama tekniklerinin ve karar destek sistemlerinin gelişmesini yönlendirirken sosyoloji de organizasyon yapısının çoğu için kavramsal temel sağlamıştır (Grant, Shani ve Krishnan 1994, 26).

Yenilik Kaynakları: TKY'nin öncüleri olan Deming, Shewart, Juran ve Feigenbaum üniversitelerde değil, öncelikli olarak sanayi ve hükümet içinde çalışmıştır. Onlar genellikle endüstri mühendisliği, fizik kökenli olup aynı zamanda danışmanlık şirketleri ve iş idaresi okulları ile bağlantılı idiler. Kısacası kalite hareketinin öğrencileri konumundaydılar. Esasen Motorola ve Miliken kalite eğitimi programlarını üniversite profesörleri için 1991'de açmıştır.

Ulusal Köken: TKY gelişiminin örüntüsü aynı zamanda atipiktir. Finansal yönetimde, stratejik yönetimde, pazarlamada ve organizasyonel düzenlemede ki çoğu kavram ve teknik A.B.D' de ortaya çıkmıştır ve sonradan uluslararası olarak yayılmıştır. TKY ise aksine küresel anlamda ki ilk yönetim tekniklerinden birini temsil eder. TKY ilk olarak A.B.D'de başlamakla birlikte daha çok Japonya'da gelişti ve 1980'lerde Kuzey Amerika ve Avrupa boyunca yayıldı. Böylece TKY Amerikan teknik ve analitik becerilerle, Japon organizasyonel uzmanlığı ve Avrupa ve Asya gelenekleriyle entegre olmuştur.

Yayılım Süreci: Modern yönetsel yeniliklerin çoğunun yayılması hiyerarşik olmuştur. Tipik olarak öncüler, General Electric, IBM ve General Motors gibi önde gelen endüstriyel kuruluşlardır. Öncü şirketler içinde yayılma, icracı yetkililerden bölüm başkanlarına ve müdür sıralarına doğru devam eden yukarıdan aşağıya bir süreç ile olmuştur. Kalite hareketine baktığımızda aksine popülist bir şekilde olmuştur. Bu bağlamda daha küçük şirketlerde TKY başlamıştır. Başlangıç aşamasında ise temel aktörün farklı bakış açısına sahip, bir nevi orijinal liderler olduğunu söylemek mümkündür. (Grant, Shani ve Krishnan 1994, 27).

3.2. Toplam Kalite Yönetiminin Amaçları

Toplam kalite yönetiminin amaçları ile ilgili bazı önemli noktaları aşağıdaki gibi özetlemek mümkün olacaktır: (Shetty ve Buehler 1988, 99-100).

- Kalite kurumda çalışan herkesin sorumluluğunda olmakla birlikte tedarikçiler gibi dış paydaşlarla da bir ortaklık bilinci ile uygulanması gereken, temelinde müşteri olan sistemli bir süreçtir.

- Kalitenin ne olduğunu müşteri söyler ve bu söylem kurum için sürekli iyileşme talebini ifade eder. Bu bağlamda kalitede bir son nokta olamayacaktır ve kurumun uzun vadede uluslar arası arenada kalite liderliği kavramlarını içselleştirmesini vurgular.

- Kalite ve maliyet kavramları birlikte ortaklık anlayışı ile çalışır. Ürün veya hizmeti üretirken bunu “bir defada en iyi şekilde yapmak” maliyeti düşürmenin en etkin yoludur.

- Kalitenin herkesin işi olduğu gerçeği bir takım çalışmasını da beraberinde getirmelidir. Aksi takdirde “kimsenin işi değil” gibi bir algıya neden olabilir.

- Yöneticiler müşteri odaklı bir kurum yaratabilmek için kalite üzerinde çok katı bir şekilde durmalıdırlar ve kaliteden taviz vermemelidirler.

- Kalitenin artırılmasının önemi kurumun ayrı ayrı her birimi için vurgulanmalıdır. Kalitede artışa verilen önem sadece pazarlama, ürün ve hizmet geliştirmenin değil lojistik, sevkiyat, muhasebe dağıtım gibi her birimde görülmelidir.

- Kalite geliştirmenin yaygınlaşması sadece birkaç uzmanın işi değil kuruluştaki çalışan herkesin yardım, katılım, işbirliği ile mümkündür. Bu süreçte tedarikçiler, dış paydaşlar da dahildir.

- Kalitede sürekli gelişmeyi sağlamak için bir çok kalite tekniğinin kurumun kalite programında bilinçli olarak kullanımı gereklidir.

- Toplam kalitede amaç “daha çok ürün” değil “daha çok iyi ürün” şeklindedir. Bu anlayış kuruluşun iş gücü, ekipman gibi tüm kaynaklarının en verimli şekilde kullanılmasının kapısını açar.

- Bütün bu sonuçlar toplam kalite yönetiminin kurumun tamamında uygulanmasını ve tüm çalışanları tarafından benimsenmesini sağlayan kalite sistemleri ile mümkün olabilir.

3.3. TKY'nin Dört Aşaması

Toplam kalite yönetiminin dört aşamasından Weaver ise şöyle bahsetmiştir;

Günümüzde pek çok yönetici eski yöntemlerle çalışmanın mümkün olmadığını farkında olmasına rağmen kuruluşların yöneticilerinin TKY'den önceki dönem ile sonraki dönem arasındaki değişimin boyutlarının tam olarak farkında olmadığını söylemek mümkündür. TKY uzun bir yolculuktur ve esas konu bu yolculuğun hangi duraklardan oluştuğunu bilmek ve kuruluşun hangi durakta olduğunu bilmektir. Bu konuda TKY'nin dört aşamasından bahsedilmektedir (Weaver 2000; 2003, 4-6).

1.Geleneksel Aşama: TKY dönüşümü çoğu kuruluş açısından geleneksel aşama ile başlar. Kuruluşlar geleneksel yönetim anlayışına sahip (gelir elde etmek; hiyerarşik yapılanma; otorite, denetim gibi yönetim ilkeleri; kıtlık ve rekabet anlayışının etkili olduğu inancı; çalışanların sadece teşviklerle iyi performans göstereceği inancını savunan davranışçı motivasyon modeli) profesyonel yöneticiler ile yönetilirler. Bu aşamada kuruluşlarda belirli bir yatırım karşılığında kazanç elde etmeyi organize etmek üzere görevlendirilmiş profesyonel yöneticiler vardır. Geleneksel yönetim anlayışı kuruluşların etkin şirketler olmasının önünde bir engel olduğu gibi kuruluşların birçok gerçekleşmemiş beklentilerle yüz yüze gelmesinin, kurumların etkin olamamasının ve dolayısıyla kurumsal ve ekonomik çoğu kriz ve problemlerin nedenidir (Weaver 2003, 3-74).

2.Müşteri Bilinci Aşaması: Geleneksel kuruluşların tepe yöneticileri hedeflerine ulaşmanın yolunun müşteriye memnun etmekten geçtiğini anladıklarında geldikleri yer TKY'nin ikinci durağı olan “müşteri bilinci” durağıdır. Bu aşamaya gelmek için ne yazık ki bir çok genel müdür rakamlarda ciddi bir düşüş eğilimi görmesi gerekir (Weaver, 2003, 79-80).

3. Süreç İyileştirme Aşaması: Tepe yöneticiler müşteri memnuniyeti sağlamanın sadece müşteri şikayet bölümleri kurmaktan ve çalışanları gülümsetmeye çalışmaktan ibaret olmadığını anladıklarında ve harekete geçip çalışan eğitimleri, iyi donanım, üst kalitede ürünler gibi konulara odaklandıklarında topyekun bir süreç

iyileştirme aşamasına geçerler ve böylece “süreç iyileştirme” durağına varmış olurlar. Bu aşamanın zorluğu geleneksel yönetim anlayışının tam zıddı olmasından kaynaklanmaktadır. Burada kritik olan iyileştirmelerin (bölümler arası iş ilişkilerinin yatay doğasının değerinin fark edilmesi; iç ve dış müşterinin değerinin fark edilmesi; süreçlerin özde kavranmasıyla iyileştirilebileceğinin fark edilmesi; iyileştirmede rekabetin değil işbirliğinin kritik olduğunun fark edilmesi) takımlar aracılığıyla yapılması ve takımların gelip geçici bir heves değil, kurumun kültürüne yansımış bir değiştirici gücünün olmasının sağlanmasıdır (Weaver 2003, 101-109).

4.Yenilik Aşaması: TKY’nin dördüncü aşaması ise “yenilik” aşamasıdır. Günümüzün rekabetçi piyasasında müşteri memnuniyeti ve süreç iyileştirmede beyin fırtınası ya da başka yöntemlerle tasarlanan yenilikler her ne kadar yapılıyor olsa da yeterli değildir. Eğer bir kuruluş pazar payını genişletmeyi, büyümeyi istiyorsa özgün yenilik kapısını aralayıp o kapıdan içeri girebilmelidir. Bu sayede kuruluş müşterilerin beklentilerin ötesine geçebilmektir (Weaver 2003, 253-257).

Deming müşterilerin her zaman yeni ürünler almaya oldukça hevesli olduklarını belirtmiştir (Deming 1993, 7-9). Bunun için Deming kurumlara şu iki soruyu sormalarını önerir;” Bizim işimiz ne?”, “Hangi yeni ürün/hizmet müşterilerimize şu andakinden daha çok fayda sağlayacaktır?” , “Hangi yeni ürün/hizmet müşterilerimize şu andakinden daha çok fayda sağlayacaktır?” (Deming 1993, 10).

Kurumların çoğu yöneticisi TKY uygulamaları konusunda harekete geçmek için yeterli kaynaklarının olmadığını, ölçek bazında işletmelerinin yeterli büyüklükte olmadıklarını ifade eden gerekçelerle kendilerini haklı görmeye ve göstermeye çalışabilirler. Ancak TKY uygulamasına geçme konusunda kesin bir yargıya varmadan önce bazı sorular ışığında kurum performansını değerlendirmelerinde fayda vardır; Hatalar, satış kayıpları, müşteri şikayetleri gibi maliyet unsurları değerlendiriliyor mu ve bu yönde bir girişim mevcut mu? Var ise de maliyet unsurlarının seviyesi ne düzeyde?, hatalar, satış kayıpları, müşteri şikayetleri gibi maliyet unsurları değerlendiriliyor mu ve bu yönde bir girişim mevcut mu? Var ise de maliyet unsurlarının seviyesi ne düzeyde?, “Hatalar, satış kayıpları, müşteri şikayetleri gibi maliyet unsurları değerlendiriliyor mu ve bu yönde bir girişim mevcut mu? Var ise de

maliyet unsurlarının seviyesi ne düzeyde?”, “Tasarım kalitesini dikkate alan bir yönetim anlayışı standart olarak mevcut mu ve bu yeterli mi?”, “Kurumun kalite yönetim sistemleri (belgeler, süreçler, standartlar vs.) ne durumda?”, “Hata önleme, problem çözme eğitimleri mevcut mu? Potansiyel sorunun nedenleri öngörülebiliyor mu ve bu nedenler düzeltilebiliyor mu ya da bulup reddetme mi var?”, “Tedarikçi seçilirken ilgili firmanın çalışanlarının kalitesi ve fiyatları dikkate alınıyor mu?”, “Görev talimatları kalite odaklı mı, güncel mi, işverenler işlerini yaparken benmerkezci mi?”, “Çalışanları ilk kez çalışmaya başlamaları için motive etmek ve eğitmek için neler yapılmaktadır, çalışanların motivasyonu ve eğitimleri için neler yapılıyor?”, “Geçen yıl kaç hata ve kusur ve ne kadar israf oldu? Bu bir önceki yıla göre daha mı fazla mı, yıllık bazda hata, kusur ve israf sonuçları tutulup bir önceki yıla kıyaslaması yapılıyor mu?” (Oakland 2011, 518-519).

TKY’nin alan yazında yer alan eleştirilerine de kısaca değinmekte fayda olacağından bu konuya da “TKY’ye Eleştiriler” başlığı altında yer verilmiştir.

3.4. TKY’ye Eleştiriler

TKY hala iyi bir rekabet aracı çünkü tüm firmalar tarafından ürün ve hizmet kalitesi konusu tam anlamıyla uygulanabilmiş değil. Bir kalite gurusu olan Deming tarafından 14 adımda başarının yolu çizilse de ki buna “cennete giden 14 aşama” da denebilir ya da yönetim danışmanları tarafından hazırlanan detaylı listeler firmalar tarafından takip edilse de bazı TKY girişimlerinin başarısızlıkları ile alan yazında karşılaşılmaktadır (Oakland, Redman ve Grieves 1999, 45). Alan yazında TKY’nin başarısızlığına dair çalışmalar en sık olarak uygulamada yaşanan zorluklara dikkat çekmektedir. TKY uygulamaları üst yönetim tarafından yanlış çerçevelenmektedir. Kurumların üyeleri her ne kadar başarılı bir uygulama için iş birliği yapmak istese de bilişsel yapılarının yeni olguları anlamak ve desteklemek için bir kısıt oluşturduğunu göstermektedir. Yararlı değişimlere genellikle kuruluşun en sadık kişileri tarafından direnç gösterildiği gerçeği oldukça şaşırtıcıdır (Reger vd. 1994, 565-567).

TKY’nin kurumlarda gerçekten tam anlamıyla uygulanıp uygulanmadığını gösteren çalışmaların çok sık yapılmadığı Hackman ve Wageman (1995) tarafından 99

Çalışma incelenerek ifade edilmiştir. Sadece dört çalışmada TKY'nin uygulanma derecesinin tespit edildiği sonucuna varılmıştır. Bu tür başarısızlıkların TKY başarısızlığı değil de TKY başlığı ile ifade edilen yetersiz uygulamalar olduğu öne sürülmektedir. TKY uygulamalarının başarılı olabilmesi için TKY felsefesinin pareto analizi, tam zamanında retim (Just in Time) gibi bir takım sistem, metod ve araçlar içermekle birlikte onlardan daha fazlası olduğunun anlaşılması gerekmektedir (Becker 1993, 30-32).

TKY'yi sürdürme, geliştirme ve temel uygulamalarına yerleştirme neden bu kadar zor olabiliyor? TKY'nin zor olan kısmı anketler ile elde edilemeyecek ilişkileri keşfedebilmektir. Burada, anket yönteminin bir kısıtlaması, ilginç ilişkilerin açıklanmasında özellikle yararlı bir araç olmadığı ve ilgili süreçler hakkında daha az şey bildiğimizdir. Çalışma alanından uzak mesafelerde durarak nicel çalışmalar ile veri toplamak eğer onları destekleyecek iletişim, alanda vakit geçirme ile elde edilen anekdotlar ile desteklenmiyorsa farklı ilişkileri açıklamakta zorluk çekilmesine neden olacaktır (Mintzberg 1979, 582-589). Yanıltıcı addedilen “insan unsuruna ait yargılar ne kadar bir çalışmadan dışlanırsa o kadar gerçek sonuçlara ulaşabiliriz” algısı temelde beklenilenin aksine araştırmacıyı gerçeğe ulaşma çabasından alıkoyan durumun ta kendisidir. Yumuşak olan insan unsurundan yapay seçimleri zorlayarak katı sonuçlar elde etmeye çalışmak gerçeği bulmaya çalışırken tam aksine araştırmacıyı gerçekten uzaklaştırır. Bu durum, cansız olan dataların onlara yapay renklerle dokunmak suretiyle canlanmasını bekleyen bir mortisyenin çabası olmaktan öteye geçemez (Orlans 1975, 109).

TKY uygulamalarının başarıya ulaşabilmesi yönünde her ne kadar kalite guruları ya da yönetim danışmanları tarafından “yapılacaklar listesi” adım adım sunuluyor olsa da alan yazına bakıldığında TKY girişimlerinin başarısız olduğuna dair başka çalışmalar da mevcuttur (Oakland, Redman ve Grieves 1999, 45). TKY'nin başarısızlığının sebepleri alan yazına bakılarak analiz edildiğinde beş temel unsur tespit edilebilmektedir; kalite yönetiminin stratejik unsurlara ve günlük işlere yansıtılmasında eksiklik; yönetimin TKY'ye olan bağlılığı ve bu konuda gereken sorumluluğu almayıp, gerek mali gerek yönetimsel desteği sağlamamaları; İKY (İnsan Kaynakları Yönetimi) uygulamalarının TKY unsurları ile entegre edilememesinin yanı

sıra özellikle TKY'nin istatistik ve tekniklere ağırlık vermesi nedeniyle kalite yönetiminin insan unsuruna gereken dikkati verememesi; her ne kadar TKY uygulamaları sırasında yeniden yapılanma her zaman olmazsa olmaz değilse de çalışanlar arasında istihdam güvencesizliğine yol açabilmesi; TKY reçetesinin tam olarak, bütünüyle işletmelerde vücut bulamaması nedeniyle zayıf uygulamaların varlığı olarak ifade edilmektedir (Oakland, Redman ve Grievess 1999, 46-48).

Uluslararası yönetim teorisi ve pratiği, yöneticilerin en iyi sonuçları elde etmek için kullanabilecekleri yöntem ve tekniklerle doludur. Bu, Lean, Kaizen, TKY (Toplam Kalite Yönetimi), Altı Sigma gibi yerleşik yöntemler hakkında daha fazla ve aynı zamanda EFQM (Avrupa Kalite Yönetimi Vakfı), BSC (Dengeli Skor Kartı) gibi yeni yöntemler hakkında daha fazla konuşulmaktadır.

Önceki paragraflarda, işletmenin performans ve rekabet edebilirliği ile yönetimi arasındaki yakın ilişki gösterildi. Ancak, beklenen sonuçları elde etmek için yönetim metodolojisi benimsendiğinden, o anın gerçeklerine uyarlanmalıdır.

Bir kurumun ayakta kalabilmesi için performansı ile yönetimi arasında bir ilişki mevcuttur. Özellikle son zamanlarda EFQM (Avrupa Kalite Yönetimi Vakfı) ve BSC (Dengeli Skor Kartı) gibi yeni yöntemler üzerine daha fazla yoğunlaşmış durumdadır. Kurumların istenen sonuçları elde etmede temel dayanağı var olan gerçek durumunu, bir başka deyişle kurumun zayıf ve güçlü taraflarını belirleyebilmesi olduğundan bu tür yeni yöntemlere dikkat çekilmesi özdeğerlendirme olanağı sunduğundan anlaşılabilir bir durumdur (Borsos, Iacob ve Calefariu 2016, 710).

Tüm bu eleştirilerden sonra TKY'nin ne düzeyde uygulandığına dair kalite odaklı performans ölçüm sistemlerine değinilecektir. Modern performans ölçüm sistemleri olarak da geçen BSC ve EFQM MM en çok kullanılan kalite odaklı performans ölçüm sistemleri olduğu için iki model ele alınacaktır.

4. PERFORMANS ÖLÇÜM SİSTEMLERİ

Taylor ile başlayan klasik yönetim anlayışının temelinde yatan olgu, bir işlemi en küçük parçalarına ayırarak analiz etmek ve iyileştirmek olarak karşımıza çıkan

genel üretim yönetimi anlayışıdır. Bu model geleneksel üretim anlayışını ifade eder ve akış aşağıdan yukarıya doğru olmaktadır. Ancak bu durumun yetersizliği, bütünsel bir bakış açısına sahip olmadığının anlaşılmasıyla geleneksel üretim anlayışına bir takım alternatifler üretilmiştir. Bunun yerine şirketlerin rekabet stratejilerine odaklı olarak üretim politikalarını tanımlamaları ve süreçte yer alan teknik uzmanlar, endüstri ve imalat mühendisleri, iş ilişkilerini koordine eden uzmanlara işlerini yaparken ihtiyaç duyacakları rehberliğin sağlanması yönündeki geleneksel olarak aşağıdan yukarıya doğru giden bir akış yerine strateji odaklı bir yönetim anlayışının hakimiyetiyle yukarıdan aşağıya bir akış önerisi ifade edilmiştir (Skinner 1969, 144).

Skinner'in yönetime getirdiği stratejik bakış açısıyla beraber performans ölçüm sistemleri de o dönem itibarıyla günümüze kadar gelişim göstermiştir.

Performans ölçüm sisteminin tanımı kısaca işletmelerin amaçlarına ulaşabilmesinin bir derecesi olarak ifade edilebilir (Borsos, Iacob ve Calefariu 2016, 706). Peter Drucker performans ölçüm sistemlerinde sekiz kilit alan tanımlamıştır: pazarlama; yenilik; beşeri organizasyon; mali kaynaklar; fiziki kaynaklar; verimlilik; sosyal sorumluluk; karlılık. Böylece kurum işin bütününe en sade haliyle ifade edecek; ifade edilenlerin uygulamadaki geri dönüşlerini anlayacak; gelecekteki davranışları öngörecektir; kararları alınıp sırasına bağlı olarak sırasınca değerlendirecek; bütün seviyedeki yöneticiler performanslarını görecek ve gelişme alanlarını anlayacak (Drucker 1986, 74).

Performans ölçümleri 1980'lere kadar finansal odaklı bir şekilde yapılırken zaman içinde bu yaklaşımın yetersizlikleri ortaya çıkarılmış ve 1980'lerden sonra bu temeller finansal olmayan bir takım gelecekteki olası değişiklikler aracılığıyla dışsal faktörlere odaklanmıştır. Böylece bütünsel performans ölçüm sistemleri geliştirilmiştir (Yüreğir ve Nakıboğlu, 2007, 546-547). Kurumların üst düzey yöneticilerin özellikle son yirmi yılda sadece finansal performans ölçütleri ile uzun soluklu bir başarı elde edilemeyeceğini anlamaları yeni yöntemlere odaklanma ihtiyacını da beraberinde getirmiştir (Budde 2007, 515). Kurumlar yaptıkları işlerde hatasız olmak koşulu ile hedeflerine ulaşmayı amaçladıklarında bunun ilk ve temel koşulu bir performans ölçüm ve yönetim sistemini geliştirmek ve uygulamaya koymak olmalıdır (Kanji 2002, 715). 1980'ler itibarıyla bilgi teknolojileri, ürünlerde meydana gelen yenilikler gibi

unsurlara bağılı olarak gelişen organizasyonel yapıdaki köklü değişiklikler yöneticilerin de odak noktalarını paydaşlar için değer üretme noktasına getirmiştir. Bunu sağlayabilmenin yolu da akademisyenlerin ve uygulayıcıların (pratisyenler) sistemli bir yaklaşım ile performans ölçümünü yapabilmeleri ihtiyacını ortaya çıkarmıştır. Aksi takdirde kurumlar artan bu rekabet ortamında küçölme, finansal kayıplar gibi bir takım başarısızlık riski ile karşı karşıya kalacaklardır (Upadhaya, Munir ve Yvette 2014, 853). 1980'ler bilgi çağı olarak adlandırılan bir yeni çağ dönemi olarak karşımıza çıkmıştır ve rekabet unsuru olarak müşteri-tedarikçi ilişkileri, global rekabet, yenilikçilik anlayışı, insan unsuruna verilmeyen önemin sorgulanması gibi argümanları gündeme getirerek maddi olmayan unsurların maddi olan unsurların önüne geçtiğı bir dönem olmuştur. Böylece firmalar rekabet üstünlüğü sağlamada faaliyet tabanlı muhasebe, tam zamanında üretim ve dağıtım, sorumluluk muhasebesi, tasarımda yenilikçi yaklaşımlar gibi yeni yönetim felsefelerini ve tekniklerini kullanmaya başlamışlardır (Kaplan ve Norton 2003, 5-7). Günümüzde performans ölçümünün bu kadar önemli olmasının nedenlerinden başlıcaları bilgi teknolojilerindeki gelişmeler, yoğun rekabet ortamına bağılı olarak işletmelerin sürekli gelişme istekleri, sektörlerin yapısal değişimler geçirmeleri, ulusal ve uluslararası kalite ödülleri, dış faktörlerdeki talep değişiklikleridir. Tüm bu değişimler şirketleri kendilerini sürekli değerlendirmelerini sağlayacak performans ölçümlerine itmektedir (Neely 1999, 205). İş performansının neden bu kadar önemli olduğuna dair Neely (1999) 7 ana neden belirlemiştir: geleneksel maliyet muhasebesinin temelde hatalı olduğunun anlaşılmasıyla faaliyet tabanlı muhasebeye geçilme ihtiyacından doğan iş yapma dinamiklerinin değişmesi; rakiplerden farklılaşma, performans ölçütlerinin kullanılmasıyla stratejilerin uygulanmasının sağlanması, çalışanların güçlendirilmesine dayanan küçölme hedefleri çerçevesinde gelişen küresel bazda ki artan rekabet; radikal performans ölçütleri geliştirerek değer yaratmanın başarı için gerekli olduğunu gören işletmelerin özel iyileştirme girişimleri; ulusal ve uluslararası kalite ödülleri; yatırım topluluğı, yasal düzenleyiciler, tüketici dergileri gibi performans ölçümüne yapılan güçlü vurgu kapsamında dış taleplerin değiştirilmesi; bilgi teknolojilerinin maliyet odaklı rekabet yerine değer temelli rekabet unsuru olarak karşımıza çıkan hizmet kalitesi, yenilikçilik, esneklik, giderek artan rekabet ortamı; özel iyileştirme girişimleri; ulusal ve uluslararası kalite ödülleri; örgütsel rollerin

değişimi; dış taleplerde meydana gelen değişimler; ve bilgi teknolojisinin etkisidir (Neely 1999, 210-221).

4.1. Dengeli Skor Kart (BSC)

1. Üst düzey yöneticiler geleneksel finansal ölçüm sistemlerinin özellikle sürekli iyileştirme ve yenilikçilik anlayışına yeteri kadar katkıda bulunmadığını, bir çok faktörün gözden kaçmasına neden olduğunu anlamışlardır. Geleneksel finansal performans ölçüm sistemleri endüstriyel çağdaki mühendislik anlayışı ile uyumlu olarak beklenen davranışların çalışanlar tarafından operasyonel olarak gerçekleşip gerçekleşmediğini ölçmeye odaklanırken dengeli puan kartı strateji ve vizyonu merkezine koyarak hedef odaklı olayı ve hedefe ulaşmada ne tür davranışların kazanılması gerektiğine, ne tür önlemler alınacağına odaklanır. Bunu yaparken de dört unsuru ele alır ve bu unsurlar; “Müşteriler bizi nasıl görüyor?; Neye karşı üstün olmalıyız?, Değer geliştirmeye ve yaratmaya devam edebilir miyiz?, Ortaklara nasıl bakıyoruz?” olarak tanımlanarak dengeli puan kartı performans ölçütlerini oluştururlar. Böylece dengeli puan kartı yöneticilerin işletmeye dört farklı açıdan bakmasını sağlar (Kaplan ve Norton 1992, 71-79; 1996, 53). BSC stratejik unsurları sırasıyla şirket için değer yaratmanın yolunu örneklemektedir, bir sebep-sonuç zinciri biçimindeki stratejik hedefler arasındaki mantıksal bağlantıyı aşamalı olarak sunmaktadır. ORGANİZASYON KAPASİTESİ'nden başlayarak (bilgi ve becerilerin yanı sıra yönetim araçları ve süreç teknolojisi), performans iyileştirmesi, kurumun MÜŞTERİLER ile ilişkiyi geliştirmesinin (bekleme süresini ve bekleyen tüketiciyi azaltmayı) yanı sıra sonuçları iyileştirmesine olanak tanıyan İÇ SÜREÇLERİ (etkinliği artırma ve döngü süresini azaltma) geliştirilerek kayıt altına alınır ve son olarak FİNANS unsurunu ele alır (düşük maliyetler, gelirleri ve karlılığı artırın) (Stancu vd. 2018).

BSC, önemli bir başarı elde etmesine rağmen bir işletmenin mükemmel bir performans sağlamasındaki unsurların ne olduğunu ve bu unsurların birbirleriyle ilişkisinin ne düzeyde olduğunu kısacası bir işletmenin kritik başarı faktörlerinin tam olarak ne olduğunu açıklamada yetersiz kalmaktadır. BSC'ı tek başına kullanmakla birlikte EFQM MM ile birlikte kullanılması yarar sağlayacaktır. Bunun nedeni BSC

daha ziyade dış paydaşlara odaklanırken EFQM MM'nin ölçümelerini içsel faktörlere odaklanarak yapması ve bu sayede iki modelin birbirini tamamlaması olarak ifade edilebilir. Bu sayede iki model eşzamanlı kullanılarak bir kurumun içsel unsurlarının doğru ölçülüp ölçülmediğine bakılabilir (Kanji ve Maouro 2002, 904). Temel olarak BSC, kurumsal yönetim değişkenleri ile şirketin performansı arasındaki ilişkiyi açıklar. BSC, karmaşık bir yönetim aracı veya stratejik bir yönetim aracıdır. BSC'ye atıfta bulunan özel makaleler Balanced Scorecard'ı bir performans ölçüm aracı olarak, bir performans yönetim sistemi olarak değil, aynı zamanda stratejik bir yönetim ve kontrol sistemi olarak analiz eder ve tanıtır. BSC temelinde bulunan bu dört unsur ile işletmenin yönetsel değişkenlerine bakarak elde edilen performans arasındaki ilişkiye dikkat çeker. (Stancu vd. 2018, 218).

Aynı zamanda BSC unsurları dikkate alınarak uygulanacak önlemler kurumsal denetimin sağlanması açısından çalışanların ücretlendirilmesinde bir faktör olarak kullanılması gerektiği de kabul edilmektedir (Kaplan ve Norton 2001, 151).

Teşvik ödemeleri yapılırken dikkat edilmesi gereken hususun önceden belirlenmiş olan hedeflerin karşılanması durumunda yapılması gerektiği, bu sayede yöneticinin performans iyileştirmede daha etkili bir yol izleyebileceği ifade edilmektedir (Kaplan ve Norton 2001, 267).

Her ne kadar teoride BSC ölçümleri ideal olsa da uygulamada sınırlandırıcı bir takım faktörler tespit edilmiştir (Slavica, Ljubica ve Jelena 2017, 525).

Bir performans ölçüm modeli olan EFQM MM'ne detaylı bir şekilde bakmadan önce kalite ödüllerine de değinmekte yarar olacaktır.

4.2. Kalite Ödülleri

Küreselleşmenin etkisiyle dünyanın bir çok yerinde bulunan firmalar kaliteye odaklanmıştır. Özellikle son yıllarda Japon ve Amerikan firmaları arasında kalite konusuna standart getirmeye ilgili bir rekabet söz konusudur. Bu bölümde özellikle EFQM MM'nin yanı sıra Molcolm Baldrige Ödülü ve Deming Ödülü'ne yer verilecektir (Gopalakrishna ve Chandra 1998, 755).

DAP (Deming Application Prize – Deming Uygulama Ödülü), MBNQA ve EFQM MM (European Foundation of Quality Management - EFQM Avrupa Kalite Yönetim Vakfı Mükemmellik Modeli) gibi modeller, çoğunlukla TKY anlayışına dayanmaktadır ve konuya TKY perspektifinden yaklaşmaktadırlar (Husain vd. 2001, 926).

Organizasyon sistemi

İşlem ortamı

Bağımsız ortam

Sistem unsurları
(insanlar veya gruplar)

Değer üretim kümeleri (oklar sadece basit kümelerde gösteriler)

Kümeler içindeki ve kümeler arasındaki ilişkiler

Çalışanlar

Müşteriler ve Paydaşlar için değer

Organizasyon için değer

Müşteriler

Rakiplerin Müşterileri

İş Ortakları

Çıktı prosesleri

Kaynak: Conti, T. (2006). Quality Thinking and Systems Thinking, *The TQM Magazine*, 18(3), 297-308.

Birçok kalite ödülünün EFQM MM üzerinden modellenmesi ve DAP, MBNQA ve EFQM MM' nin TKY anlayışına dayanması sebebiyle sadece bu üç model incelenecektir.

4.2.1. Deming Ödülü (Deming Application Prize-DAP)

Japonya'da Japon Bilim Adamları ve Mühendisler Birliği tarafından kurulmuş olan Deming ödülü, W. Edward Deming'i onore etmek için üç kategoride düzenlenmiştir. Üç kategori ise; Bireysel Demin Ödülü, Deming Uygulama Ödülü, Fabrikalar için Kalite Kontrol Ödülü'dür. Bu model tüm organizasyonları kapsamasa da ödül başvurusu için özel ve kamu kurumları, küçük ölçekli firmalar, büyük ölçekli firmaların bazıları ile deniz aşırı bölgelerdeki bazı firmalar katılabilmektedirler. 10 kriter üzerinden değerlendirilen firmaların istatistiksel kalite kontrolünü ne düzeyde yaptıkları ve bu süreci ne düzeyde takip edip edemeyecekleri yönünde değerlendirmeleri yapılmaktadır (Efil 2016, 425-426). DAP metodolojisine göre ödüle başvuran kuruluşların TKY için neler yaptıklarını ifade eden bir belge sunmaları gerekir. Bu belgede TKY'nin tanıtımı; kuruluş hedefi ve stratejinin ne olduğunun tanıtımı; bu stratejilerin uygulanıp uygulanmadığı ve işletme kurmadaki rolü; ödül komitesi tarafından incelenecek olan şirketin geleceğe dair planlarıdır. Bundan sonraki adım ise kurumun altı ana kategoride değerlendirilmesidir: yönetim politikaları ve yayılımı; ürün ve / veya süreç inovasyonu; bakım ve iyileştirme; insan kaynakları; bilgi analizi ve BT kullanımı; yönetim sistemidir. Sunulan altı kriter ise etkinlik; tutarlılık; süreklilik ve titizlik bakımından değerlendirilir (Breja, Banwet ve Iyer 2016, 396). Değerlendirme kriterleri ise 3 ana başlıkta toplanmaktadır ve ödül bu kriterleri gerçekleştiren şirketlere verilir; "A" ; şirketin vizyon ve misyonuna uygun olarak proaktif müşteri odaklı bir şekilde ve sosyal sorumluluğunun farkındalığı ile iş hedeflerinin ve stratejinin belirlenmesi, " B"; TKY'nin A'daki kriterleri karşılamak üzere uygun bir şekilde kullanımı ve uygulanması, "C"; A ve B'nin uyumlu bir işbirliği ile elde edilen TKY etkisinin yanı sıra kurumun yeteneklerinin gelecekte de güvence altına alınmasıdır (JUSE 2019, 2-3). Firmaların kontrol edildiği on parametre ise; Politika; Organizasyon, Bilgi; Standardizasyon; İnsan Kaynakları Geliştirme ve Kullanımı; Kalite Güvence Faaliyetleri; Bakım kontrol etkinliği; İyileştirme faaliyetleri; Etkiler; Gelecek planları başlıklarından oluşur. (Breja, Banwet ve Iyer

2016, 401). Deming Ödül Yolculuğu ile şirketler üzerinde bırakılması beklenen etkiler ise; Kalite kararlılığı ve iyileştirme; Verimlilik artırma ve maliyetleri azaltma; Verimlilik artışı, Maliyetlerde azalma; Satışların genişletilmesi; Karda artışın meydana gelmesi; İş planları ve yönetimde kapsamlı bir uygulama; Tepe yönetimin kuruma yönelik hayallerinin gerçekleşmesi; TKY'nin örgütün tüm üyelerinin toplam katılımı ve iyileştirilmesi ile varlık göstermesi; Standardizasyonu teşvik etme; Yönetme ve iyileştirme motivasyonu; Toplam örgütsel gücü birleştirmek ve moralini artırmak; Çeşitli yönetim sistemlerinin kurulması ve Toplam Yönetim Sistemi olarak belirlenmiştir (JUSE 2019, 5). Alan yazında Deming ödülleri üzerine yapılan çalışmalar ulaşılabildiği kadarıyla az olsa da bu çalışmalar içerik olarak TKY tekniklerinin benimsenme derecesine ve elde edilen yararlar üzerinedir, ancak stratejinin bazı rolleri irdelenmemiştir, örneğin stratejinin mükemmelliğin sürdürülebilirliği üzerine olan etkileri gibi (Breja, Banwet ve Iyer 2016, 391).

4.2.2. Malcolm Baldrige Ulusal Kalite Ödülü (Malcolm Baldrige National Quality Award-MBNQA)

Malcolm Baldrige ödülü dünyadaki en rekabetçi ulus olan ABD'de 1987 yılında Başkan Regan'ın kabinesinde bulunan ticaret bakanının adının verilmesiyle oluşturulan bir ödüldür. Ödülün amacı müşterilerin memnuniyetini arttırma, kurum performansında artış meydana getirme ve kurumun performans ve kabiliyetlerini tüm alanlarda arttırılması konusunda şirketlere yardımcı olmaktır (Çetin, Akın ve Erol 2001, 706). İmalat, Hizmet; Küçük İşletmeler; Eğitim; Sağlık; Kar amacı gütmeyen kurumlar olmak üzere toplamda altı kategoride her yıl üç MBNQA ödülü verilebilir (<https://asq.org/quality-resources/malcolm-baldrige-national-quality-award>). Eğitim ve sağlık kategorileri 1999 yılında, hükümet ve kar amacı gütmeyen kategorileri 2007 yılında eklenmiştir. MBNQA ödülü, ABD Ticaret Departmanı Ulusal Standartlar ve Teknoloji Enstitüsü tarafından yönetilmektedir (ASQ). Malcolm Baldrige Ulusal Kalite Ödülü'ne başvuran kuruluşlar bağımsız bir teftiş kurulu tarafından değerlendirilir. Başvuru yapan kurumlar, Performans Mükemmelliği için Baldrige Kriterleri olarak bilinen yedi alanda gösterdikleri başarı ve gelişmeye göre seçilir. Bu kriterler; Liderlik; Strateji; Müşteriler; Ölçüm, Analiz ve Bilgi Yönetimi; İşgücü ve Sonuçlar'dır. Liderlik; tepe yönetimin liderlik vasıflarını ne derecede kuruma

yansıttığı ve kurumun toplumsal sorumluluğunu ne derecede yönettiğini ifade eder. Strateji; kurumun stratejisini nasıl uyguladığı ve ne yönde bir stratejik yönelimi olduğunu ifade eder. Müşteriler; müşterilerle kurulan ilişkilerin gücü, kalıcılığı ve sürdürülebilirliği ifade eder. Ölçüm, Analiz ve Bilgi Yönetimi; teorikleşmenin kilit süreçleri ve yönetim performansını desteklemek için verileri nasıl kullandığını ifade eder. İşgücü; kuruluş işgücünün potansiyelini işe dahil edebiliyor mu? İşgücünü güçlendirebiliyor mu? sorularını sorar ve cevaplarını dikkate alır. İşlemler; kuruluş kritik süreçlerini nasıl tasarlar, yönetir ve geliştirir? soruları ile değerlendirme yapar. Sonuçlar; kurumun mali, müşteri memnuniyeti, insan kaynakları, tedarikçileri ve ortakları ile olan performansı, operasyonel, yönetim ve sosyal sorumluluk alanlarında gösterdiği performansının ölçülmesi ve rakipleriyle karşılaştırılmasını yapar (<https://asq.org/quality-resources/malcolm-baldrige-national-quality-award>). Baldrige ödülünün temelinde müşteri odaklılığı ile kalite ve operasyonel sonuçları vardır. Bunun yanı sıra ödül belirli bir ürün veya hizmetin onayı olmaktan öte insanları yönetmek için üst düzey sistemleri ve süreçleri olan kurumları takdir eder ve onaylar. Var olan sistemlerin amacı ürün/hizmetin sürekli iyileştirilmesi ve müşteri tatminini sağlamak olmalıdır. Bunun sağlanması için belirlenen yedi kategori çeşitli aşamalara ayrılmış ve bir sınav basamağı içermek üzere tasarlanmıştır. Sınav maddelerinin her biri toplamda 1000 puana tekabül eder (Tummala ve Tang 1994, 20). Malcolm Baldrige ödülleri Amerika’da iş dünyasını kalite yönetimi kriterleri temelinde yöneticilerin düşünce ve davranışlarında dönüştürücü etkisiyle bir katölizör etkisi yapmıştır. Bununla birlikte kalite odaklı yeni yönetim paradigmasına yönelik ne derecede ilerleme sağladıkları açısından da bir değerlendirme çerçevesi sunarken hedeflerin müşteri memnuniyeti, çalışanın katılımı gibi genel kabul görmüş kriterler dikkate alınarak belirlenmesi için de teşvik edicidir (Garvin 1991, 80). Öte yandan kurumların mükemmelliği; kurumda bulunan her bir bireyin mükemmeliyetlerinin toplamı ya da kullanılan üstün teknolojinin varlığından öte, kurumun tüm çalışanları arasındaki liderin onayladığı, ender görülen sinerjik bir etki sayesinde oluşan ve yenice ortaya çıkan bir olgudur (Conti 2006, 303). Bu bağlamda son zamanlarda hem MBNQA hem de Deming Ödülü’nde teknik kaliteden ziyade tüm örgütsel süreçlerin mükemmelliğine ulaşabilmenin önemine ve sistem düşüncesinin kaybedilmesine vurgu yapılmıştır” (Kumar 2007, 245).

4.3. EFQM MM

EFQM, 1980’li yıllarda küresel çapta başarıyı yakalayan Japon ürünlerinin etkisiyle dikey bir yükseliş yaşayan Japon ekonomisi ve sonrasında Japon ürünlerinin küresel etkisinin Amerika’da görülmesiyle birlikte bu etkiye tepki veren ilk ülke olması itibariyle Amerika ekonomisi ile rekabet edebilmek için Avrupa’da radikal manada bir şeyler yapılması gerektiğine inanan 14 büyük Avrupa firmasının bir araya gelmesiyle kurulmuştur (Lionis, Kougioumitzaki 2008, 379). EFQM modelini firmalar TKY felsefesi ve sistemlerinin gelişimi kapsamında kendilerini mükemmellik yolunda değerlendirebilmek için bir rehber olarak kullanmaktadırlar. (Fonseca, 2015, 91, Heras-Saizarbitoria, Casadesu’s ve Marimo’n 2011, 197). Küreselleşmenin etkisiyle artan rekabet koşulları ile baş edebilmek için kurumların toplam performans ölçüm sistemlerine ilgisi giderek artmıştır. Bu sayede EFQM MM gibi modeller bu ihtiyaca cevap verebilen modellerin temelini oluşturmaktadır (Husain vd. 2001, 926). En yüksek profile sahip ikisi ABD’de mevcut olan Baldrige Ödülü ve Avrupa Kalite Yönetimi Vakfı (EFQM) Ödülü olmasına rağmen, çok sayıda başka kalite ödülleri de getirilmiştir. EFQM MM, Baldrige Ödülü gibi bir takım ödüllerin popülaritesine baktığımızda World Wide Web’de EFQM ödülüne 385.000’in üzerinde referansın bulunması onun popülarliğinin bir kanıtıdır (Neely 1999, 214). Avrupa Kalite Yönetimi Vakfı (2007), mükemmelliği “organizasyonu yönetme ve sonuçlara ulaşmadaki en iyi uygulama” olarak tanımlar. Yazarlara göre, iş mükemmelliği; örgütün tüm performanslarında olumlu ve tutarlı bir değişiklik olması ve zorlu hedeflerin gerçekleştirilmesidir (Breja, Banwet ve Iyer 2011, 7). EFQM’in geliştirdiği mükemmellik modeli TKY’nin yeni çıktığı dönemlerde ona yöneltilen eleştirilere ve eksik unsurlarına bir yanıt olarak geliştirilmiş bazı özellikler taşır. Öncelikle model, kalitenin iyi yönetilmesi için kaliteli bir yönetimin varlığının güvence altına alınmasının kavrayışında olarak TKY’nin liderlerin gözünde stratejik planlamaya çok daha sağlam bir bağ ile ilişkilendirilmesi gerektiğini ifade eder. (Hardjono vd. 1997, 51).

EFQM MM’nin Türkiye’deki temsilcisi olan Kalder (Türkiye Kalite Derneği)’ e de kısaca değinecek olursak; Kalder önde gelen sanayi temsilcilerinin bir araya gelmesiyle 1990 yılı sonlarında kurulmuş olup temel amacı Türkiye’de kalite

bilincinin yerleşmesinin sağlanması, dış piyasada rekabet olanağının artırılması, bu konuda tüm desteğin hem sanayi hem de hizmet sektörüne ulaştırılmasıdır. Kalder 1995 'de ilk EFQM Paylaşım konferansını gerçekleştirmiş, 1998 yılında EFQM (Avrupa Kalite yönetimi Vakfı) üyesi olmuş, 1999'da da EFQM'in ulusal işbirliği ortağı olmuştur. Aynı yılda Türkçe EFQM'in resmi dilleri arasında yer almıştır. (<https://www.kalder.org/tarihce> erişim tarihi:28.08.2019)

EFQM MM üç unsur ile tanımlanmaktadır. Bu üç unsur modelin sac ayağı gibidir (EFQM Model Kitapçığı 2013, 3-4).

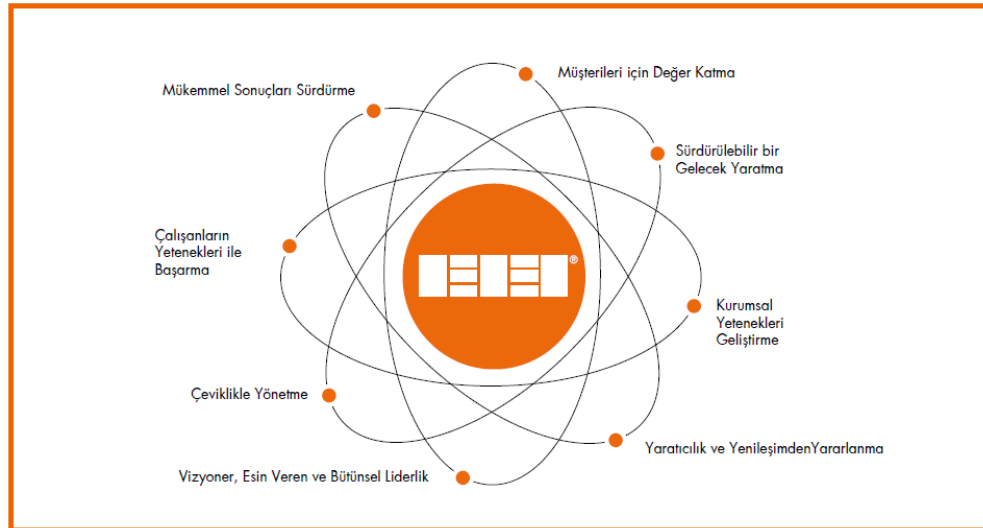
1.Temel kavramlar; mükemmele ulaşmanın temelinde yatan ilkeleri temsil eder.

2.EFQM MM; Temel kavramların ve RADAR' ın uygulanmasını amaçlar.

3.RADAR; Kurumun başarısının garantisini sağlamada kuruma yardımcı olmak üzere oluşturulmuş bir değerlendirme kriteri ve güçlü bir yönetim aracıdır.

4.3.1. Temel Kavramlar

Toplamda sekiz temel kavram mevcuttur. Sırasıyla hepsine değinilecektir.



Şekil 4. Temel Kavramlar

Kaynak: Türkiye Kalite Derneği (2013). EFQM Mükemmellik Modeli Kitapçığı, Kalder Yayınları, Bursa.

1.1. Müşteriler için Değer Yaratma

Mükemmel kurumlar müşterilerine sürekli değer katmak için onların ihtiyaçlarını, beklentilerini ve fırsatları anlar, tahmin eder ve karşılar

1.2. Sürdürülebilir Bir Gelecek Yaratma

Mükemmel kuruluşlar toplumsal iyileştirmelere katkı sağlayarak çevrelerinde olumlu bir etki bırakır.

1.3. Kurumsal Yetenekleri Geliştirme

Mükemmel kuruluşlar yerel ve küresel düzeyde gerçekleşen değişimin farkındalığıyla kabiliyetlerini geliştirir.

1.4. Yaratıcılık ve Yenileşimden Yararlanma

Paydaşlarının (toplum, çalışanlar, müşteriler, hissedarlar) yaratıcılıkları aracılığıyla değer artışı ve performans düzeyleri sağlar.

1.5. Vizyoner, Esin Veren ve Bütünsel Liderlik

Mükemmel kuruluşlar örnek liderlere sahiptir, böylece liderler sahip oldukları etik anlayış ve değerleri ile geleceğe yön verebilir.

1.6. Çeviklikle Yönetme

Mükemmel kuruluşlar fırsatların tehditlerin farkındadır ve etkin bir şekilde yanıt verme yeteneğine sahiptirler.

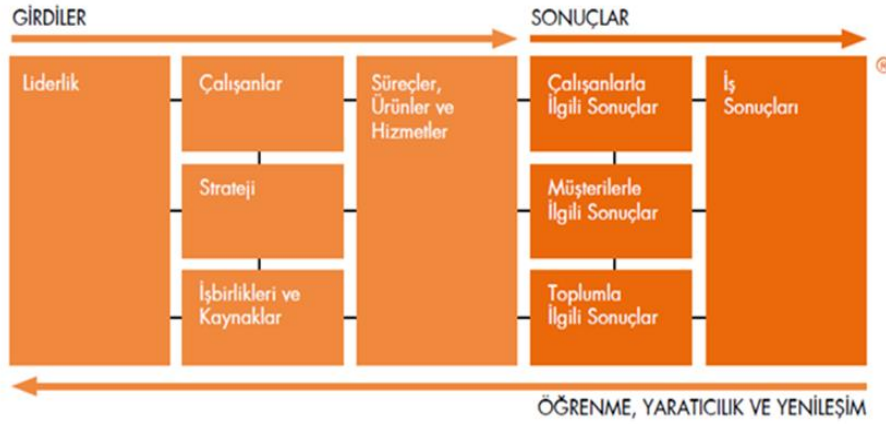
1.7. Çalışanların Yetenekleri ile Başarma

Mükemmel kuruluşlar çalışanlarına değer verir ve onların yetkelendirilmesini sağlayarak gerek bireysel gerek kurumsal amaçların gerçekleşmesini sağlar.

1.8. Mükemmel Sonuçları Sürdürme

Mükemmel kuruluşlar tüm paydaşlarının kısa ve uzun süreli ihtiyaçlarını karşılayan sürdürülebilir mükemmel sonuçlar elde ederler.

Kriterler:



Şekil 5. EFQM Mükemmellik Modeli

Kaynak: Doeleman, H.J., Have, S. ve Ahaus, C.T.B. (2014). Empirical Evidence on Applying the European Foundation for Quality Management Excellence Model, *A Literature Review*, 25(5), 439-460.

EFQM MM sahip olduğu 9 kriteri ile bir işletmenin tüm faaliyet alanlarını kapsayan sıra dışı bir çerçeve sunmaktadır (Bayo-Mariones vd. 2010, 6-7). Yukarıdaki şekilde gösterilen modelde bulunan 9 kriterin beşi girdi kriterini dördü sonuç kriterini oluşturmaktadır. Girdi kriterleri kuruluşun işleyiş yapısını temsil ederken, sonuç kriterleri paydaşların kazanımlarına ve bu kazanımların nasıl ölçülüp, buna yönelik hedeflerin nasıl oluştuğunu temsil eder (Doeleman 2014, 440). Bir bakıma girdi kriterlerinin sonuç kriterlerine işaret ettiği ve sonuçların nasıl mükemmelliğe katkı sağlayacağını gösterir (Vukomanovic, Radujkovic ve Nahod, 2014, 70). Model mükemmelliği oluşturan unsurların “neler” olduğunu belirtirken “nasıl” olduğuna değinmez. Bütünsel bir bakış açısı sunarak kurumun tüm yönlerine değinir. Aşağıda kriterlerin neler ifade ettiğine değinilecektir (Türkiye Kalite Derneği 2013, 12-24).

1.Liderlik

Mükemmel kuruluşlar esnek, kurumun sürekli başarısını sağlamak için öngörülerini bulunan, güven veren, kurumun etik anlayışını ve değerlerini benimseyip örnek olan bir anlayışa sahiptir.

Liderliğin de kendi altında bulunan 5 kriteri vardır. Bunlar;

1a. Liderler kuruluşun misyon, vizyon, değerler ve etik kurallarını oluşturur ve davranışıyla örnek olur.

1b. Liderler kuruluşun yönetim sistemi ve performansına ilişkin iyileştirmeleri tanımlar, iler, gözden geçirir ve yönlendirir.

1c. Liderler dış paydaşlarla ilişkiler yürütür.

1d. Liderler mükemmellik kültürünün çalışanlar ile sağlamlaştırır.

1e. Liderler kuruluşun esnek olmasını ve değişimi etkili şekilde yönetmesini sağlar.

2.Strateji

Mükemmel kuruluşlar, misyon ve vizyonlarını, paydaş odaklı (toplum, çevre, çalışanlar, tedarikçiler) strateji oluşturarak gerçekleştirir. Politikalar, planlar, amaçlar ve süreçler oluşturarak stratejiyi yaşama geçirir ve uygular. Stratejinin 4 alt kriteri mevcuttur.

2a. Strateji, paydaşların ve dış çevrenin gereksinim ve beklentilerinin anlaşılması esasına dayanır.

2b. Strateji iç performans ve yeteneklerin anlaşılmasını temel alır.

2c. Strateji ve stratejiyi destekleyen politikalar oluşturulur, gözden geçirilir v güncellenir.

2d. Strateji ve stratejiyi destekleyen politikalar duyurulur, uygulanır, izlenir.

3. Çalışanlar

Mükemmel organizasyonlar, çalışanlarının tüm potansiyellerini bireysel, takım olarak ve organizasyonel düzeyde yönetir, geliştirir ve onlara serbestlik sağlar. Adalet ve eşitliği teşvik eder ve çalışanlarının katılımcılığını teşvik eder ve onları güçlendirir. Çalışanlarını motive edecek ve becerilerini ve bilgilerini kurumun yararına

kullanmaya yönelik taahhütler sağlayacak şekilde özen gösterir, iletişim kurar, ödüllendirir ve tanınırlar (Dahlgaard-Park 2008, 109). Bu yönde uyguladığı 5 alt kriteri vardır (Türkiye Kalite Derneği 2013).

3a. Çalışanlara ilişkin planlar kuruluşun stratejisini destekler

3b. Çalışanların bilgi birikimi ve yetenekleri geliştirilir.

3c. Çalışanların yön birliği ve katılımı sağlanır, çalışanlar yetkelendirilir.

3d. Çalışanlar kuruluşun tümünde etkili iletişim kurar.

3e. Çalışanlar takdir edilir, tanınır, gözetilir.

4. İşbirlikleri ve Kaynaklar

Mükemmel kuruluşlar iç kaynaklarını, tedarikçilerle ilişkilerini, kuruluş dışı işbirliklerini planlayıp yönetirken stratejisini, politikalarını ve etkili şekilde çalışan süreçlerini göz önünde bulundurur. 5 kriteri vardır;

4a. İşbirliği yapılan kuruluşlar ve tedarikçiler sürdürülebilir yarar sağlama doğrultusunda yönetilir.

4b. Finansal kaynaklar başarının sürdürülmesinin garantisi olacak şekilde yönetilir.

4c. Binalar, donanım, malzemeler ve doğal kaynaklar sürdürülebilir şekilde yönetilir.

4d. Teknoloji, stratejinin yaşama geçirilmesini destekleyen bir biçimde yönetilir.

4e. Bilgi ve bilgi birikimi; karar alırken etkinliği sağlamak ve kurumun yetkinliğini geliştirmek üzere yönetilir.

5.Süreçler, Ürünler ve Hizmetler

Mükemmel kuruluşlar tüm paydaşları için değer yaratmak üzere süreç, ürün ve hizmetleri tasarlar, yönetir ve iyileştirir. Beş alt kriteri vardır.

5a. Süreçler paydaşlara en uygun değeri sağlamak amacıyla tasarlanır ve yönetilir.

5b. Ürün ve hizmetler geliştirilirken değer yaratmak hedeflenir

5c. Ürün ve hizmetlerin pazarlanma ve tanıtımı etkin olarak yapılır.

5d. Ürün ve hizmetler üretilir, sunulur ve yönetilir.

5e. Müşteri ilişkileri yönetilir ve geliştirilir.

6. Müşterilerle ilgili Sonuçlar

Mükemmel kuruluşlar müşterilerinin tüm beklentilerini ve ihtiyaçlarını karşılayan hatta aşan ve bunu uzun vadede garantileyen sonuçlara ulaşır.

6a. Algılamalar

- Müşterilerin kurum hakkındaki algısını ölçmek için, anketler, övgüler, şikayetler gibi çeşitli unsurların kullanılmasını ifade eder. Ölçümler; İtibar ve imaj, Ürün ve hizmet değeri ile sunumu, Müşteri hizmeti , ilişkisi, desteği, bağlılığı ve adanmışlığı gibi algılamaları içerebilir.

6b. Performans Göstergeleri

Bu veriler kuruluşun performansını değerlendirebilmesini sağlar. Bu sayede iyileştirme alanlarının neler olduğu anlaşılabilir. Ayrıca performans göstergeleri sayesinde müşterilerin algısına etkisini de anlayabilmek mümkün olacaktır. Ölçümler; Ürün ve hizmetlerin sunumu; Müşteri hizmeti, ilişkileri ve desteği; Şikayetlerin değerlendirilmesi, Müşterilerin ve işbirliği yapılan paydaşların kurumun ürün/ hizmet ve süreç tasarımına dahil edilmesi gibi performans göstergelerini kapsayabilir.

7. Çalışanlarla İlgili Sonuçlar

Mükemmel kuruluşlar çalışanlarının tüm beklentilerini ve ihtiyaçlarını karşılayan hatta aşan ve bunu uzun vadede garantileyen sonuçlara ulaşır.

7a. Algılamalar

- Bu datalar çalışanların kuruluş hakkındaki algılarını ifade eder. Anket, performans değerlendirmeleri, görüşmeler gibi bir çok değişik kanaldan algılamalar anlaşılabilir. Ölçümler; Tatmin, katılım, bağlılık; Motivasyon ve yetkelendirme; Liderlik ve yönetim; Yetkinlik ve performans yönetimi; Eğitim ve kariyer geliştirme; Etkili iletişim; Çalışma koşulları gibi algılamaları içerebilir.

7b. Performans Göstergeleri

- Bu veriler çalışanların performansının değerlendirilmesini sağlar. Bu sayede iyileştirme alanlarının neler olduğu anlaşılabilir. Ayrıca çalışan performansının algılamaya etkisini de anlayabilmek mümkündür. Bu sayede kurum çalışan stratejisinin operasyonel seviyedeki etkisini de değerlendirebilecektir. Ölçümler; Katılım ve bağlılık faaliyetleri; Yetkinlik ve performans yönetimi faaliyetleri; Liderlik performansı; Eğitim ve kariyer geliştirme faaliyetleri; İç iletişim

8. Toplumla İlgili sonuçlar

Mükemmel kuruluşlar bulunduğu toplumdaki paydaşlarının tüm beklentilerini ve ihtiyaçlarını karşılayan hatta aşan ve bunu uzun vadede garantileyen sonuçlara ulaşır.

8a. Algılamalar

- Bu datalar kurumun toplumdaki algısına yöneliktir. Algılamalar; anket, basın, kamusal toplantılar, sivil toplum kuruluşları gibi çeşitli kanallardan elde edilebilir. Ölçümler; Çevresel etki; İmaj ve itibar; Topluma olan etki, Çalışma ortamı etkisi; Ödüller ve basınla ilişkiler alanlarındaki algılamaları içerebilir.

8b. Performans Göstergeleri

- Bu veriler çalışanların performansının değerlendirilmesini sağlar. Bu sayede iyileştirme alanlarının neler olduğu anlaşılabilir. Ayrıca çalışan performansının algılamaya etkisini de anlayabilmek mümkündür. Bu sayede kurum çalışan stratejisinin uygulamadaki etkisini de değerlendirebilecektir. Ölçümler; Çevresel, ekonomik ve toplumsal faaliyetler; Yasal düzenlemelere ve yönetim ilkelerine uyum; Sağlık ve güvenlik performansı; Sorumu kaynak temini ve satın alma performansı gibi performans göstergelerini içerebilir.

9. İş Sonuçları

Mükemmel kuruluşlar iş paydaşlarının tüm beklentilerini ve ihtiyaçlarını karşılayan hatta aşan ve bunu uzun vadede garantileyen sonuçlara ulaşır.

9a. İş Çıktıları

- Bu datalar kurumun stratejisinin ne derecede başarıya ulaşmış olduğunu ifade eden finansal ve finansal olmayan iş çıktılarıdır. Gerek ölçümler gerek hedefler iş paydaşlarıyla fikir birliği sağlanarak belirlenir. Çıktılar; Finansal çıktılar; İş paydaşlarının algılamaları; Bütçe performansı; Sunulan temel ürün ve hizmetlere ilişkin çıktılar; Temel süreç çıktıları gibi konuları içerebilir.

9b. İş performans Göstergeleri

Bu veriler operasyonel performansının değerlendirilmesini sağlayan finansal ve finansal olmayan iş performans göstergeleridir. Bu sayede iyileştirme alanlarının neler olduğu anlaşılabilir. Ayrıca çalışan performansının algılamaya etkisini de keşfedebilmek mümkündür. Bu sayede kurum çalışan stratejisinin operasyonel seviyedeki etkisini de değerlendirebilecektir.

EFQM MM'nin performansı arttırdığına dair ampirik kanıtların mevcut olup olmadığını araştıran Doeleman ve arkadaşları (2004) bir literatür taraması yaparak 2002-2012 yılları arasında yazılmış olan makaleleri incelemiş ve çalışmalarına dahil ettikleri 24 makaleden elde ettikleri sonuçları; bir işletme modeli kullanarak performans sonuçlarını iyileştirebileceği, modelin temel düzeyde açıklayıcı ve özgün

bir yorumlama alanı sağlayabileceği, modelin hangi alanların iyileştirileceği üzerine tanımlama yapılmasını ve fikir birliğine varılmasını mümkün kılacağını, olası rekabet avantajlarının da anlaşılmasını sağlayabileceğini; modelin kurumların gelişme fırsatlarının yönetsel süreçlere entegrasyonunu sağlayabileceğini, modelin, gerek kurumların içinde gerek kurumlar arasında bir kıyaslama ve karşılaştırma yapılmasını sağlayabileceğini, modelin kriterleri arasındaki bağlantıların anlaşılmasının istikrarlı bir kurumsal gelişme fırsatı sağlayabileceğini, modelin uygulanırken katılımcı bir tutum sergilenmesi hedeflenen iyileştirme alanlarının hayata geçirilmesini mümkün kılacağını, modelin başarıya ulaşmasındaki temel şartın içsel motivasyon unsuru olduğunu, liderliğin, gerek modelin başarıyla uygulanmasında gerek kalitenin geliştirilmesinde önemli bir başlatıcı olduğunu ifade ederek özetlemişlerdir (Doeleman, Have ve Ahaus 2004, 456-457).

Mükemmellik kalitesinden bahsedildiğinde sadece temel iş sonuçları değil aynı zamanda iç müşteriler (çalışanlar) ve dış müşteriler (tüketiciler ve/veya kullanıcılar) ile toplumun o kuruluştan memnuniyet düzeyinde anlaşılmalıdır (Nabitz, Klazinga ve Walburg 2001, 70). Bu açıdan bakıldığında EFQM MM'nin ana fikri müşteri ve çalışan memnuniyetinin sağlanmasına paralel olarak toplum memnuniyetini de sağlamak suretiyle mükemmel temel iş sonuçlarına ulaşmaktır (Westlund 2001, 126). Kuruluşlar iş sonuçlarında gelişme kaydetmek için dış müşterilerle alakalı olarak müşteri sonuçlarında mükemmelliği yakalamak için çalışmak durumunda olduklarını kabul edeceklerdir. Bu nedenle EFQM MM'nin kurumların başarıya ulaşmasını sağlamak için yüksek derecede önemsendiği kriterlerden biri de müşteri çıktılarıdır. Müşteri çıktılarında mükemmelliğe giden yol ise onların beklentilerini karşılama ve memnuniyetlerini göz önünde bulundurmadan geçmektedir (Arturo, Leal ve Roldan 2005, 748).

EFQM (Avrupa Kalite Yönetimi Vakfı), Avrupa ve Amerika ülkelerindeki başarılı uygulamaları belirleyerek bu yönlerin benimsenmesini sağlamak amacıyla Avrupalı şirketler için bir gelişme haritası ve hedefi belirlemektedir. Bunun için EFQM Kalite ödülleri açıklayarak ve kalite yönetiminde mükemmelleşen organizasyonlara bu ödülleri vermektedir. Böylece organizasyonların sürekli gelişimi için temel yöntem olan 9 kriterli EFQM modelini oluşturarak organizasyon kalitesi

üzerine bir özdeğerlendirme yapılmasının önünü açmaktadır. Bununla birlikte kurumların özdeğerlendirme aracı olarak modeli kullanmaları gelecekteki değişim hedeflerini tespit edebilmek için de yol göstericidir (Du vd. 2017, 8207).

EFQM modeli kurulduğu yıl olan 1989 versiyonu ile başlayan macerasından son revizyon geçirdiği 2013 versiyonuna kadar olan süreçte açık şekilde ifade edilen değerlendirici kriterleri ile en son gelişmeleri sunarak modern iş fikirlerinin iyi bir resmini çizmektedir. EFQM modeli toplam kalite yönetimi sisteminin daha iyiye evrilmesini amaçlarken sermayedar odaklılıktan ziyade paydaş odaklılığı merkezine koymaktadır. Model bunun yanı sıra sürdürülebilirliği destekleyen yeni iş model ve stratejilerinin de uygulanabilirliğine destek vermektedir (Trebucq ve Magnaghi 2017, 524).

Literatürde TKY, TKY ilkeleri ve TKY sisteminin bileşenleri ile ilgili çeşitli tanım ve yaklaşımlar, bunun yalnızca belirli araç ve tekniklerle ilgili olmadığını, kalitenin, EFQM Mükemmellik Modeli gibi kalite ödülleriyle ilişkili modellerin altını çizen bir yönetim felsefesini temsil ettiğini göstermektedir (Hemsworth, 2016, 130). EFQM modeli 1991 yılında 9 kriterden oluşan bir değerlendirme çerçevesi oluşturarak Avrupa Mükemmellik Ödülü gibi büyük ve orta ölçekli şirketler ve mükemmellik ödülleri için bir temel sağlar. EFQM modeli, inovasyon, öğrenme ve yaratıcılığa atıfta bulunulan beş girdi kriteri sayesinde (liderlik, politika ve strateji, insanlar, ortaklıklar ve kaynaklar, süreçler) sonuçlara (insan sonuçları, müşteri sonuçları, toplum sonuçları, temel performans sonuçları) nasıl sahip olunacağını vurgulamak suretiyle ne elde edildiğine dikkat çekerek sebep-sonuç ilişkisinin kurulmasını sağlar (Ioncică vd. 2009, 403-404). EFQM modeli, kuruluşların iş mükemmelliği sağlamadaki konumlarını gösteren ve zayıf yönlerin belirlenmesini kolaylaştıran ve iyileştirme için uygun çözümler bulabilen ve böylece kurumsal performansın artmasına katkıda bulunan pratik bir araçtır (van Schoten vd. 2016, 901). Kalite değerlendirme kriterleri olarak, kaliteye kapsamlı bütüncül bir yaklaşımı ile EFQM modeli, kurum içindeki olanakları ve sonuçları iyileştirmek adına bir çerçeve sunar (Favaretti vd. 2015, 156). EFQM modeli liderlik, paydaş memnuniyeti ve temel iş sonuçlarına dayanan kalite unsurlarını içinde barındıran bütünsel bir yaklaşım sunar. Aynı zamanda kurumlara zayıf yönlerini de gösterebilen, bunlara yönelik çözüm yolu sunan uygulaması pratik bir araçtır. Bunu

sağlarken modelin temel dayanağı yenilikçi, yaratıcı, öğrenme odaklı faaliyetlerin -ki bunlar girdi kriterlerini temsil ederler- hangi etkinleştirici sonuçlara – ki bunlar da sonuç kriterlerini temsil eder- sebep olduğunun anlaşılması esasına dayanır. Böylece model sebep-sonuç ilişkisine vurgu yaparak sonuçlardan öğrenerek faaliyetleri iyileştirme döngüsünü merkezine koymanın sistematüğinden yararlanır (Ilieş, Salagean ve Beleiu 2017, 1053). EFQM modeli girdi ve sonuç kriterleri kapsamında bir kurumun mükemmeliyet derecesini ölçmeye yaramakla birlikte sonuçlardan elde edilecek bir takım soyut kriterlerin de ortaya çıkmasına yardımcı olabilir. Şimdiye kadar birçok nicel araştırma sayesinde model, açıklayıcı bir bakış açısıyla değerlendirilmiştir ancak bu modelin öngörücü, geleceğe dair fırsatları da ortaya çıkarabilen bir gücünün de değerlendirilip bu yönde çalışmalar yapılmalıdır. Bu bağlamda model nitel çalışmalar ile kurumsal teoriler veya meşruiyet ile ilgili konu başlıkları alanında genişletilebilir. EFQM modeli ile ilgili bir bakir alan da kamu kurumlarındaki kullanım alanlarının azlığı olarak karşımıza çıkmaktadır. Model bu alanlarda da yeteri kadar incelenmemiştir (Suarez vd. 2017, 154-155).

EFQM modelinin geçerliliği, güvenilirliği ve öngörücü gücünün olduğuna dair farklı alanlara ve faaliyet sektörlerine uygulandığında ampirik kanıtlar vardır (Alonso-Almeida ve Fuentes-Frías 2012, 601; Suárez, Roldán ve Calvo-Mora 2014, 862). EFQM modelinin geçerlilik, güvenilirliğine ve dahi öngörü kabiliyetinin olup olmadığına dair yapılan araştırmalarda ampirik kanıtlar mevcuttur (Alonso-Almeida ve Fuentes-Frías 2012, 601; Suárez, Roldán ve Calvo-Mora 2014, 862). Bu durum, kurumların farklı sektörde, büyüklükte ve sahiplikte olmaları bakımından desteklenmiş ve EFQM modelinde yer alan kalite kontrol unsurları, yönetsel ve teknik yenilik, stratejik esneklik alanlarında oldukça derin bir etkiye sahip olduğu tespit edilmiştir (Gutiérrez, Torres ve Morales 2010, 677). EFQM modelinin aynı zamanda müşteri memnuniyeti üzerinde belirleyici bir etkiye sahip olan çalışanın iş tatminine olan etkisinin anlamlı olduğuna dair kanıtlar da mevcuttur. EFQM modeliyle ilgili başka bir çalışma da örgütsel bağlılık ve EFQM modeli arasındaki anlamlı ilişkinin var olduğuna dair bulguları ortaya koymaktadır (Tütüncü ve Küçükusta 2007, 1083).

TKY felsefesini uygulamadaki temel gereklilik öncelikle TKY'nin kritik unsurlarının tanımını yaparken bu unsurları kritik hale gelmeden önce öngörebilmek ve tanımlayabilmektir (Rahman 2004, 412). TKY'nin kritik unsurlar temel olarak iki kategoride toplanır; biri yumuşak unsur olan “insan” faktörü iken diğeri sert unsurlardır. Bu anlamda uygulama kriterleri bakımından çok geniş bir yelpaze sunan EFQM modeli her türlü organizasyonda TKY'nin uygulanması için bütünsel açıdan eksiksiz bir operasyonel çerçeve sunmaktadır (Calvo-Mora vd. 2015, 2198). Yaygın olarak özellikle batılı firmalara bakıldığında firmalar kalitenin uygulanması ve belgelendirilmesi açısından ISO 9000 standartlarını tercih ederler. Fakat son zamanlarda kalite süreçlerinde iyileştirme ve kalite süreçlerinin bütünsel bakış açısıyla değerlendirilmesi bağlamında EFQM modelinin kullanım açısından zemin kazandığı görülmektedir (Bayo- Moriones vd. 2007, 40). Son yıllarda şirketlerin rekabet gücüne odaklanırken sadece pazar payını arttırmak ve kar etmekle kalmayıp aynı zamanda çevrenin korunmasına katkı sağlamalarının ve bulundukları topluma da yardımcı olmaya odaklanmalarının bu bağlamda kurumsal sosyal sorumluluklarını da geliştirmek anlamında EFQM MM ‘ni uygulamalarının önemine işaret eden çalışmalar mevcuttur (Jankal ve Jankolava 2015, 660). EFQM MM birçok işletme tarafından TKY uygulamaları açısından bir rehber niteliğinde olup TKY'nin ana alanları olan sosyal ve teknik unsurları kapsadığı birbiri ile neden sonuç ilişkisine sahip olduğu ve ortaklaşa sonuçların iyileştirmesini sağladığı yönünde çalışmalar mevcut olup, EFQM ‘in TKY için operasyonel bir çerçeve oluşturduğu gösterilmiştir (Bou-Llusar vd. 2009, 1).

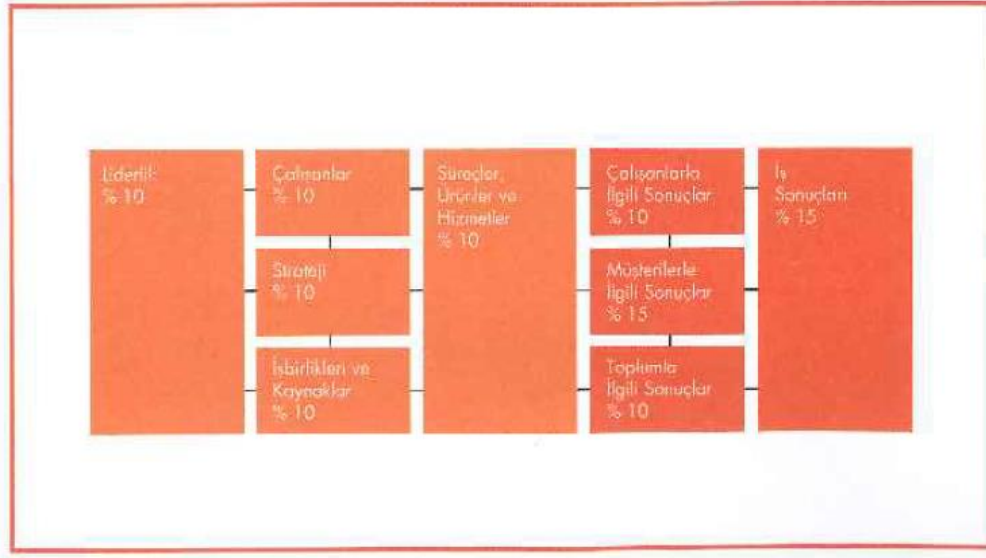
EFQM MM'nin özdeğerlendirme aracı ve ödüllendirme için başvuran firmaların puanlandırması için kullanılan RADAR'a da kısaca değinilecektir.

Radar: EFQM Mükemmellik Modelinin öz değerlendirme amaçlı uygulanması, şirkete mevcut durumun eksiksiz bir değerlendirmesini sağlar ve en büyük performans farklarını tespit etmesini ve iyileştirme yönünde düzeltici planlarını önceliklendirmesini sağlar. 1991'den bu yana, EFQM Mükemmellik Modeli, öz değerlendirme yapan şirketler arasında en yaygın kullanılan model haline geldi ve ilkelerinin uygulanmasının kurumsal performans üzerinde olumlu bir etkisi olduğu ampirik olarak doğrulandı. Temel olarak, ilkeleri etkili bir şekilde uygulandığı zaman, performans hem kısa hem de uzun sürelerde iyileşir (Lionis, Kougioumitzaki, 2008;

381). RADAR isim olarak , değerlendirme kriterlerinin **Results** (Sonuçlar), **Approach** (Yaklaşım), **Deployment** (Yayılım), **Assessment** (Değerlendirme), **Review** (Gözden Geçirme)) baş harflerinden oluşan bir kısaltmadır ve bir değerlendirme modeli ve yönetim aracı olarak kullanılmaktadır. Değerlendirme modeli olarak kullanımı EFQM Mükemmellik Ödülü ve Avrupa Ulusal Kalite Ödülü süreçlerinin çoğunda başvuru yapan kuruluşları puanlandırmayı kapsarken, yönetim anlamında kullanımında kuruluşlar bu puanlandırma ile kendi özdeğerlendirmelerini yaparak başka kuruluşlarla da kendilerini kıyaslayabilme gibi farklı amaçlarla da kullanabilmekteler (Küçük 2013, 254). RADAR bir kuruluşun aşağıdaki amaçlarla hareket etmesini teşvik eder (Türkiye Kalite Derneği 2013, 26);

- Ulaşmak istediği sonuçları tespit ederken stratejisine bağlı kalmak
- Amaçladığı sonuçları gerek bugün gerek yarının şartlarında da gerçekleştirebilmek için birbirini bütünleyen bir bakış açısı planlamak ve oluşturmak
- Yaklaşımları bağlamında gerçekleştirdiği uygulamaların kuruluşun tümünde yaygın olduğundan emin olmak
- Ulaşılan sonuçları değerlendirmek ve iyileştirirken sürekli öğrenmeye açık olarak izlemek ve analiz etmek

EFQM Mükemmellik Modeli Avrupa’da bulunan şirketler arasında yaklaşık %60 oranında kullanım oranına sahip popüler bir özdeğerlendirme aracıdır (Eskildsen, Kristensen ve Juhl 2001, 22). Bir kurum EFQM Mükemmellik Modeli özdeğerlendirmesini stratejik planlama süreçleriyle ilişkilendirdiği takdirde, süreçlerine entegrasyonu sağlamada ve etkin uygulamada başarılı olma potansiyeline sahip olacaktır (Davies 2008, 387). Ayrıca özdeğerlendirme ile daha bütünsel bir bakış açısı yakalayan kurumlar iyileştirme alanlarını da daha rahat tespit edebilmektedirler (Davies, Douglas ve Douglas 2007, 392-393). Oakland (2001), öz değerlendirme gibi performans değerlendirme tekniklerinin, iyileştirme fırsatlarını belirlemede ve performans iyileştirmeyi motive etmede yararlı olduğunu ifade etmektedir (Okland 2001, 2-4). RADAR puanlandırması kriterler bazında aşağıdaki tabloda ifade edilmiştir;



Şekil 6. RADAR Puanlandırması

Kaynak: Türkiye Kalite Derneği (2013). EFQM Mükemmellik Modeli Kitapçığı, Kalder Yayınları, Bursa, 30.

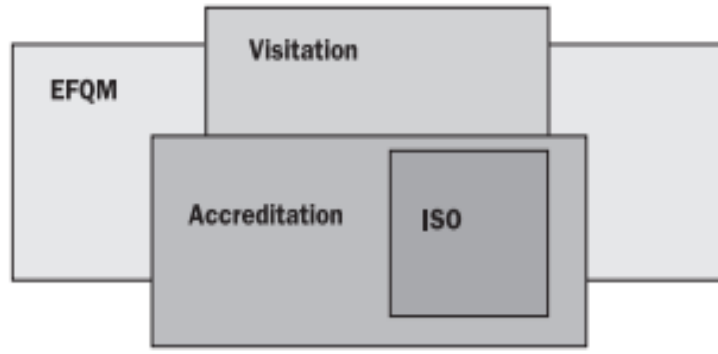
RADAR modeline göre puanlandırmanın temel prensibi girdilerin ve sonuçların eşit olarak puan değerine sahip olmasıdır. Buna göre bir kurumun mevcut puanının %50'si girdi kriterlerinden %50'si sonuç kriterlerinden gelir. Bu puanlar da 9 kriterin her biri için ayrı olarak oluşturulmuş ağırlık katsayısı kullanılarak hesaplanır. Temelde 9 kriterin sahip olduğu her bir alt kriter eşit ağırlık katsayılarına sahiptir. Örneğin liderliğin sahip olduğu 5 alt kriter için 100 puanın eşit dağıtımından gelen %20 ağırlık katsayısı geçerlidir. Eşit puanlandırmanın iki istisnası vardır, o da; Kriter 6 ve 7'nin ağırlık katsayısının her birinin %75'ini 6a ve 7a, %25'ini 6b, 7b oluşturur. Bu bağlamda her bir alt kriter RADAR değerlendirme tablosunda belirlenmiş olan puan aralıkları kullanılarak değerlendirir. Daha sonra 0 ile 1000 arasındaki toplam puan hesaplanırken bu ağırlık uygulanır (Türkiye Kalite Derneği 2013, 30).

EFQM MM'nin sağlık alanındaki yerine bakılması sağlık alanına yaptığı katkıları ifade edebilmek açısından önem arz ettiğinden alan yazında ulaşılabilen çalışmalara da "Sağlıkta EFQM'in Yeri" adı altında değinilecektir.

4.4. Sağlıkta EFQM'in Yeri

Son yıllara bakıldığında, Sağlık Hizmet Kalitesi dünya çapında gündemde olan bir konudur. Demografik yapının giderek yaşlanması da sağlık hizmetlerinde giderek artan bir baskıya neden olmaktadır. Her ne kadar birçok ülke sağlık hizmeti harcamalarını arttırsa da bunun etkisinin hasta memnuniyetine ve tıbbi hatalara bakıldığında olumlu olmadığı gibi aksine negatif ilişki görülmüştür (Dahlgaard 2011, 673). Bu bağlamda sağlık kurumu yöneticilerinin ve çalışanlarının sorun-sonuç ilişkilerine ve farklı olanaklara neden-sonuç ilişkilerinin tanımlanmasına yardımcı olabilecek bütünsel bir model kullanmaya ihtiyaçları vardır. Bu nedenle de EFQM MM böyle bir modelin örneğidir. Bu model sağlık kuruluşları tarafından sadece ödül başvurusu için değil anahtar performans göstergelerini tespit edebilmek için daha spesifik sorunların tespitinde basitleştirilerek de kullanılmaktadır. Bu durum da giderek artan şekilde sağlık kurumlarında tercih edilebilmektedir (Dahlgaard 2011, 680-681). EFQM modeli Avrupa'da sağlık sektörüne adaptasyonu bakımından da önemli bir yenilik ve en umut veren model olarak görülmektedir. Model kuruluşların faaliyetlerinin kapsamlı ve sistematik bir biçimde özdeğerlendirmelerini yapabilmeleri ve modeldeki sonuç kriterlerini gerçekleştirebilmeleri için tasarlanmıştır (Arcelay vd, 1999; 54, Nabitz, Klazinga, 1999; 65). Yaygın olarak sanayide kullanılsa da model sağlık sektöründe de popüler hale gelmektedir. Öz değerlendirme süreci, sağlık kuruluşunun güçlü yönlerini ve iyileştirmelerin yapılabileceği alanları net bir şekilde keşfetmesini sağlar ve planlanan iyileştirme eylemiyle sonuçlanır, bu durum ilerleme için izlenebilir. EFQM mükemmellik modelinin birçok kalite güvence programına göre avantajı bu programların yönetim ve bakım süreçlerine entegrasyonda başarısız olmalarına kıyasla mükemmellik modelinin kurumun liderlerinin ve çalışan tüm personelin kalite ve sürekli iyileştirme alanındaki zorunlu etkisidir (Gené-Badia vd. 2001, 407-409).

EFQM modelinin kullanımına dair kalite alanındaki uzmanların görüşlerine yer veren ve Hollanda'da düzenlenen bir konferansta modele dair iyimser bir görüş bildirilmiş ve EFQM ile diğer modellerin karşılaştırmasına da yer verilmiştir. Aşağıdaki şekle göre EFQM modeli, ISO, akreditasyon, ziyaretlere göre daha büyük bir modeldir ve kalite yönetiminin stratejik, bütünsel ve sonuç yönlerini temsil etmektedir (Nabitz ve Klazinga 1999, 69-70).



Şekil 7. Farklı Özdeğerlendirme Modellerinin Karşılaştırılması

Kaynak: Nabitz, U.W. ve Klazinga, N. (1999). EFQM Approach and the Dutch Quality Award. *Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv*, 12, 65–70.

Donabedian, sağlık kuruluşlarının kalitesini değerlendirmek için öncelikle kalitenin nasıl tanımlanacağına karar verilmesinin gerektiğine dikkat çekerek bir üçleme tanımladı ve üçlemenin unsurlarını; bakımın gerçekleştiği ortamların yapısal özellikleri, bakımın süreçleri ve bakımın sonuçları olarak belirledi ve bu üç bölüme de önem verilmesi gerektiğini vurguladı (Donabedian 1988, 1743). 1988’de Donabedian’ın yaklaşımını bilmeden Avrupa endüstrisinin 14 önde gelen firması kalite konusunun önemini gündemine aldı ve şu soruları sordular; “Kalite nasıl değerlendirilir?” ve “Kurumlarda kaliteyi nasıl arttırabiliriz?” dokuz kriterin ayrı olarak değerlendirmesinin önemini kavrayarak merkezi kriter olarak bir kurumun süreçlerini belirlediler. Sonuçlar için de finansal, operasyonel, müşteri memnuniyeti, insanların ve toplumun memnuniyeti ayrımını kullandılar. Yapı için liderlik, strateji, insan yönetimi ve kaynakları belirlediler. Bu sayede ortaya çıkmış olan EFQM mükemmellik modeli Avrupa’da yaygın olarak kullanılmaktadır. Hollanda’nın EFQM ilk çıktığı andan itibaren sağlık kurumlarında bu modeli kullandığı hatta sağlık alanına özelleştirdiği; Konumlandırma ve İyileştirme ile Öz Değerlendirme olmak üzere Hollanda Kalite Yönetim Enstitüsü tarafından yayımlanmış iki klavuzu vardır (Nabitz ve Klazinga 1999, 65).

EFQM modeli bütünsel yapısı ile Donabedian’ın sağlık hizmetlerine bütün olarak bakması ile formüle ettiği yapı, süreç ve sonuç boyutlarına tam olarak uymaktadır. Genel olarak sağlık alanında yapılan birçok yayında EFQM yaklaşımı çoğu geleneksel sağlık yaklaşımlarına (mesleki standartlar, ziyaret komiteleri,

meslektaş incelemeleri, belgelendirme, akreditasyon) göre daha geniş ve daha genel bir çerçeve sağladığı yönünde sonuçlar mevcuttur (Nabitz, Klazinga ve Walburg 2000, 192).

Sağlık kuruluşları için en temel rekabet avantajı unsuru hizmet kalitesidir. Bu durum hastalar için de böyle olduğundan sağlık kuruluşları mevcut kaynaklarla birlikte bakım kalitesini arttırmada hasta güvenliği ve memnuniyetini arttırmada bununla birlikte küresel pazardaki rekabet edebilirliklerini arttırmak için de Avrupa Kalite Yönetim Vakfı (EFQM) Mükemmellik Modelini kullanmaktadırlar ve birçok sağlık kuruluşu ilk olarak özdeğerlendirme yaparak modeli kullanmaya başlamaktadır (Moreno-Rodriquez 2013, 2792; Nabitz, Klazinga ve Walburg 2000, 191).

EFQM özdeğerlendirmeyi teşvik ederek sağlık kuruluşlarında yönetsel faaliyetlerin kalite kapsamını genişletmeyi sağlayacak tanımlayıcı perspektif sunar. Özdeğerlendirme bir kuruluşun mükemmellik yolculuğunda yapması gereken faaliyetlerinin ve sonuçlarının bütünsel, sistemli ve organize bir incelemesidir (Bohigas ve Heaton 2000, 233).

Bu bağlamda alan yazında ki özdeğerlendirme çalışmalarına örnek verecek olursak belirtilen örnek karşımıza çıkar; Madrid’de bulunan ve tüm kamu hastanelerine yönelik olarak yapılan EFQM modelinin özdeğerlendirme aracı olan RADAR kullanılarak bir özdeğerlendirme yapılmış ve çalışmaya dahil olan hastanelerin güçlü ve zayıf yönleri analiz edilmiştir. Bu çalışmaya göre ortalama puan 399 ortanca ile 404 puandı. Bu kapsamlı çalışma ile örneklemdeki 29 hastane için 113 eylem planı belirlenerek tam bir EFQM öz değerlendirme döngüsü sağlanmıştır (Ferrándiz Santos vd. 2018, 298). EFQM modeli ayrıca sağlığı teşvik eden hastaneler kavramının uygulanmasında kapsamlı bir kalite yönetimi anlayışı içerdiği için de Dünya Sağlık Örgütü ve Avrupa komisyonu tarafından desteklenen bir modeldir (Performans Yönetimi Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı, <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/4110,kanitkalitepdf.pdf?0>, 23.07.2019).

Sağlık hizmetlerinde yüksek performanslı bir organizasyon yaratmanın zorluklarını aşmanın bir yolu, geliştirilen Mükemmellik Modelidir. Avrupa Kalite Yönetimi Vakfı (EFQM) bir kuruluşun kalite yönetimini yapılandırmak ve gözden

geçirmek için çalışmaktadır (Nabitz, Klazinga ve Walburg 2000, 191). Bu model neredeyse tüm Avrupa ülkelerinde hastaneler, ayakta tedavi, rehabilitasyon klinikleri, akut bakım, birinci ve özel bakım ve diğerleri tarafından yaygın olarak kullanılmaktadır (Nabitz, Klazinga ve Walburg 2000, 194; Sánchez vd. 2006, 59; Vallejo vd. 2007, 74).

EFQM MM ile özdeğerlendirmeden sonra birinci basamak sağlık hizmeti veren bir kurumda stratejik olarak kurumsal politikaların operasyonel düzeyde de entegre etme fırsatı vermesi ile gerek yönetim gerek çalışanların daha fazla katılımı sağlanarak kalite iyileştirme süreçlerine yönlenmenin olduğuna dair kanıtlar mevcuttur (Rodriguez-Balo ve Ferrandiz-Santos 2004, 45).

EFQM MM bir sağlık kuruluşunda uygulandığında organizasyondaki boşlukların nerede olduğuna dair ve gelecekte toplam kalite yönetimine dair çabalarını yoğunlaştırmak için net bir yol haritası, vizyon sunabilmektedir (Moeller vd. 2000, 254).

Son zamanlarda sağlık alanında güvenlik konularına değinen çalışmalar EFQM ilkelerinin emniyet göstergeleri üzerindeki etkilerinin simülasyonu için EFQM modelinin esneklik mühendisliği olarak geçen ve insan faktörleri, kontrol teorileri, güvenlik mühendisliği ve acil kazalarının sonuçlarının irdelenmesi ile yakından ilişkili olan RE (resiliene engineering) ile birleştirilmesinin etkilerine dikkat çekmektedir (Asadzahed, Tanhaeean ve Abdi 2019, 233-242).

Avrupa’da kamu sektöründe yer alan birçok kuruluş, EFQM Mükemmellik modelini performans iyileştirme aracı olarak benimsemiş bu bağlamda da model kurumların sunduğu hizmet kalitesini iyileştirme ve sürekli iyileştirmeyi devam ettirmenin bir aracı olarak kabul edilmiştir (George, Douglas ve Cooper 2003, 122).

İKİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE KAVRAMI

Sağlık hizmetlerinde kalite kavramının anlaşılabilmesi, yönetilmesi için gerekli bir durumdur. Bu sebeple sağlık hizmetlerinde kalite kavramını anlayabilmek için öncelikle tanımlarına bakmakta fayda vardır (Kaya vd. 2013)

1. SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE

Sağlık kurumlarında yaşanan hızlı değişim dinamik yapıları gereği kalite uygulamalarına yansımakta ve kalitede hızlı bir değişim ve gelişim yaşanmaktadır. Sağlıkta kalite çalışmalarının temel hedeflerinin başında hizmet sunumunun zamanında, hakkaniyetli, güvenli, hasta odaklı, etkili, israfın yapılmadığı şekilde gerçekleştirilmesi sayılabilir (Sağlık Bakanlığı 2009, 9).

1.1. Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Tanımı

Sağlıkta kalite kavramına dair alan yazında birçok başlığa rastlamak mümkündür. Bu başlıkları teknik kalite, hizmet kalitesi, müşteri kalitesi gibi sıralamak mümkündür (Donabedian 1988, 1743; Carman 2000, 339; Rose, Uli, Abdul ve Looi 2004, 146). Her ne kadar sağlıkta kalitenin birden çok ve çeşitli tanımı yapılsa da, alan yazın incelendiğinde bazı tanımların ön plana çıktıkları görülmektedir. Örneğin; Donabedian kaliteli sağlık hizmetini, hizmet sürecinin bütün aşamalarındaki beklenen kazançlar ve kayıplar dengesi hesaba katıldıktan sonra, hastanın iyilik halinin kapsamlı bir ölçüsünü en üst düzeye çıkarması şeklinde ifade etmektedir (Donabedian 1980, 5-6). Donabedian kalitenin üç ögesi olan teknik hizmetin kalitesi; hasta ve sağlık hizmeti sunan kişi arasındaki kişiler arası ilişki; hizmetin rahatlık ve konfor unsurlarını belirlerken kalite ile yakından ilişkili olduğunu ifade etmiştir. Ayrıca Donabedian sağlık hizmetlerinde kaliteyi bu alanın sahip olduğu bilim ve teknoloji unsurlarının varlığı ile bunların uygulaması ile gerçekleşen bir ürün olarak ifade etmiş ve bu ürünün de özelliklerini yedi madde ile tanımlamıştır. Bu özellikler; etkenlik, etkililik, verimlilik, optimallik, kabul edilebilirlik, yasallık ve hakkaniyettir; (Donabedian 1990, 1115-19).

- Etkenlik; teknolojik imkanlar dahilinde klinik uygulamalarda başarılabilir en üst sınırın belirlenmesidir.
- Etkililik; ideal sağlık hizmetinin bilimsel ve teknolojik olarak beklenen performansına gerçekte ne düzeyde ulaşıldığının derecesidir.
- Verimlilik; sağlıkta kabul edilebilir düzeyde hizmet maliyetini azaltma yeteneğidir.
- Optimallik; sağlıkta iyileştirmeleri/faydaları bunların maliyet unsuru dikkate alınarak maliyet ve iyileştirme/faydayı dengede tutmaktır.
- Kabul edilebilirlik; hasta ve yakınlarının istek ve beklentilerinin karşılanma derecesidir.
- Yasallık; sunulan sağlık bakım hizmetlerinin sosyal düzenlemelerin öne sürdüğü etik değerler, normlar, yasalar gibi unsurlara uygunluğudur.
- Hakkaniyet; sağlık bakım hizmetinin faydalarının sunulduğu toplumun bütün üyelerine adil olarak ulaşmasıdır.

Amerikan Tabipler Birliği (American Medical Association) 1984 yılında yüksek kaliteli sağlık hizmetini; “yaşam kalitesini ve/veya süresini iyileştirmeye veya sürdürmeye sürekli olarak katkıda bulunan hizmet” olarak tanımlamıştır.

ABD Tıp Enstitüsü (Institute of Medicine) ise 100 farklı tanım ve kalite parametresi ile yaptığı çalışma sonucunda belli bir tanıma ulaşmış ve 1990 yılında sağlık hizmetlerinin kalitesini, “bireylere ve topluma sunulan sağlık hizmetlerinin, arzulanan sağlık düzeylerine ulaşma olasılığını artırma ve şimdiki profesyonel bilgiyle tutarlı olma derecesi” olarak ortaya koymuştur (Kaya 2005, 14-15).

ABD Tıp Enstitüsü’nün 1990 yılında yapmış olduğu tanımı Legido-Quigley vd. (2008) Avrupa Birliği’nde “Sağlık Hizmetlerinde Kaliteyi Gerçekleştirmek” isimli çalışmalarında sağlıkta kalitenin tanımlarını incelemişler ve sağlıkta kalite çalışmalarının başlangıcı olduğunu ileri sürmüşlerdir (Legido-Quigley vd. 2008, 920-3).

ABD Tıp Enstitüsü 2001 yılında yayımlanan raporunda sağlık bakım alanında iyileştirilmesi gereken 6 boyutu güvenlik; etkililik; hasta merkezlilik; zamanlılık; verimlilik; adalet olarak tanımlayarak kalite kavramını daha geniş bir açıdan değerlendirmiştir (Committee on Quality of Health Care in America 2001, 2-3).

1. Güvenlik: Hastalar aldıkları hizmet sonucunda herhangi bir zarara uğramamalıdır.

2. Etkililik: Herkese fayda görebileceği bilimsel temelli sağlık hizmeti verilmeli ve bu hizmetin fayda görmeyecekler verilmemesi ile hizmetin gereksiz kullanımından kaçınılmalıdır.

3. Hasta Merkezlilik: Hastanın değerleri, istek ve beklentileri odağında klinik süreçler ilerletilmelidir.

4. Zamanında: Gerek hizmet alan gerek hizmet verenlerin bekleme süreleri, gecikmeler kısaltılmalıdır. Hizmet alanların ve hizmet verenlerin bekleme süreleri kısaltılmalıdır. Zararlı olan gecikmeler azaltılmalıdır.

5. Verimlilik: Her türlü kaynak israfından kaçınılmalıdır.

6. Adalet: Herkese (cinsiyet, ırk, sosyo-ekonomik durum vs.) eşit kalitede sağlık hizmeti sunulmalıdır.

Maxwell'e göre kalitenin tanımını yapabilmeye yardımcı olacak ve kalitenin altı boyutuna yönelik olarak sorulacak sorular vardır (Maxwell 1992, 171).

Etkililik; tedavi teknik açıdan en iyi şekilde veriliyor mu, bunun kanıtları en donanımlı değerlendiricilere göre var mı ve tedaviden ne sonuç alındı? Kabul edilebilirlik; hasta/hasta yakını/üçüncü şahıslar için tedavi kabul edilebilir mi? Verimlilik; hizmetin birim maliyeti nedir? Başka yerlerle karşılaştırılıyor mu? Erişilebilirlik; insanlar ihtiyaç duyduğunda hizmeti alabiliyor mu? Arzda aksaklıklar (mesafe, bekleme listeleri, ödeme yetersizliği gibi) var mı? Eşitlik; herkese adil şekilde tedavi uygulanıyor mu? Uygunluk; sunulan hizmetler nüfusun bütününe dengeli ve en iyi şekilde ihtiyaç ve istekleri doğrultusunda sunuluyor mu?

Ovretveit, sağlık hizmetlerinde kaliteyi “hizmete en çok ihtiyaçı olanların ihtiyaçlarını, örgüte maliyeti en az olacak şekilde ve daha yüksek otoriteler ve satın alıcılar tarafından belirlenen sınırlar ve direktifler içerisinde, tamamen karşılamak” olarak tanımlamaktadır. Ovretveit’e göre, sağlık hizmetlerinde kalitenin üç boyutu bulunmaktadır. Bunlar; müşteri kalitesi, profesyonel kalite ve yönetim kalitesidir; (Ovretveit 1998, 4).

- Müşteri Kalitesi; Müşterilerin ve/veya onların bakımından sorumlu olanların ne düzeyde istek ve beklentilerinin karşılandığına dair görüşleridir.

- Profesyonel Kalite; Hizmet sunucuların müşteri ihtiyaç ve beklentilerini ne düzeyde profesyonellikte karşıladığına dair profesyonellerin görüşleridir.

- Yönetim kalitesi; Hizmet sunucuların müşteri istek ve ihtiyaçlarını karşılarken daha yüksek otoritelerin kaynakların en verimli şekilde kullanılma durumuna yönelik görüşleridir.

Bu tanımlar kalitenin öğeleri, özellikleri ve boyutları hakkında da bir çerçeve sunmakta ve sağlıkta kalite kavramının kompleks yapısını gözler önüne sermektedir

2. SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTENİN GELİŞİMİ

Sağlıkta kalitenin tarihsel gelişimine bakıldığında Hammurabi kanunlarının 215. ve 220. maddelerinin içeriğı cerrahın başarılı tedavisi sonrası ödüllendirileceğı, hatalı tedavisi sonucu da cezalandırılacağı yönündedir (Eren 1996, 12-13). Hipokrat’ın M.Ö. beşinci yy da mesleki kuralları, M.Ö. 2000’lerde Mısır’da papirüslerde yazılı olan tıbbi faaliyet standartları, M.S. 1000li yıllarda İran’da tıbbi uygulama yapanların sınava tabi tutularak bilgilerinin değerlendirilmesi uygulamaları uzak tarihimiz açısından örnek teşkil etmektedir (Kaya, 2005: 17-18)). IX . yy da ise Florence Nightingale’nin sağlık hizmetinde iyileştirmeyi sağlamak için istatistiksel çalışmalar için geliştirdiğı sistemin kalite programlarının temelini oluşturduğu da ifade edilmektedir (Graham 1995, 5).

Günümüzde ilk olarak 1910 yılında Ernest Codman’ın önerisiyle hastanelerin standardizasyon çalışmaları için hastane sonuçları izlenmiş ve süreç içerisinde

“Surgeon Association” kurulmuştur. Daha sonra 1917 yılında “Surgeon Association” tarafından Amerika Birleşik Devletleri’nde hastanelerde kalite kontrol çalışmaları başlatılmış ve bu çalışmalar birçok üye hastanenin üyeliği ile yeni bir organizasyon kurulmasına sebep olmuştur. Bu kapsamda Joint Commision on Acredition of Hospitals 1951 yılında Amerika’da sağlık hizmetlerinde kaliteyi arttırmak için kurulmuş olan ilk akreditasyon kurumu olmuştur. Sonradan adı Joint Commision on acredition of Healthcare Organization olarak değiştirilen kurumun iyi uygulamaları ABD dışındaki ülkeleri de etkisi altına almış ve başka ülkelerin de bu standartları kullanabilmesi için 1998 de Joint Commision International (JCI) örgütü kurulmuştur. JCI (Uluslararası Birleşik Komisyon) kar amacı gütmemektedir ve amacı tüm dünyada sağlık alanında kalite ve güvenlik çalışmalarını arttırmaktır (www.jointcommission.org/about_us/history.aspx) . 1950 ve 1965 yılları arasında teknolojik ilerlemeler sonucunda artan maliyetleri dizginleyebilmek adına Amerika’da birçok kalite güvencesine yönelik olarak faaliyet gösteren organizasyon kurulmuştur. Fakat hekimlerin bu yaklaşımları benimsememesi ile bu kuruluşlar varlıklarını sürdürememişlerdir.

Toplam kalite yönetimi anlayışının sanayi kuruluşlarında başarı ile uygulanması 1987 yılında Harvard Üniversitesi öncülüğünde geliştirilen sürekli kalite iyileştirme çalışmalarının sağlık alanında kullanılmasını sağlamıştır. 1990’lı yıllara gelindiğinde sağlık alanında toplam kalite yönetimi uygulamaları yapan birçok organizasyon başta Avrupa Birliği ülkelerinde ortaya çıkmış sonrasında ise diğer ülkelere yayılımı gerçekleşmiştir (Değer 2012, 31).

Sağlık hizmetlerinin sunulması esnasında meydana gelebilecek hataların insan hayatına mal olabileceği riski sağlıkta kalitenin önemini ortaya koymaktadır. Bu açıdan bakıldığında sağlıkta kaliteyi sağlamak için çeşitli standartlar ve kalite modelleri kullanılmıştır. Özellikle hastanelerde en çok kullanılan ISO 9001 ve küresel ölçekte en tanınan JCI Akreditasyon standartları olmuştur (Sabahattin vd. 2008, 65).

Amerika’da sağlık kurumlarında dışarıdan denetimlerin başladığı dönemler 20. yüzyılın başlarına denk gelmiş ve özellikle 1980-2000’li yıllarda hızlı şekilde yaygınlaşmıştır. Expert projesinin bulgularına göre ise Avrupa ülkelerinde dört tür dış kalite değerlendirme yapısının olduğu ve bunların; Ziyaretler (visitatie), Akreditasyon,

Avrupa Kalite Yönetimi Vakfı (European Foundation for Quality Management-EFQM) ve Uluslararası Standardizasyon Teşkilatı (International Organization for Standardization- ISO 9000) olduğu belirlenmiştir (Schryve 2000, 255). Sağlık alanında hizmet kalitesini iyileştirmek için en çok kullanılan kalite yönetim modellerine ISO 9001 Kalite Yönetim Sistemi, Akreditasyon Standartları ve EFQM Mükemmellik Modeli örnek gösterilebilir. Bu araçları kullanarak sağlık sektöründe yer alan kurumlar kalite yönetimi için zemin oluşturup kalitenin sürekliliğini sağlamalıdır (Güngören vd. 2013, 228).

2.1. Sağlıkta Kalitenin Önemi

Sağlık, tarihsel süreç içerisinde hemen her toplumda önemli bir sosyal faktör ola gelmiştir. Bir toplumun sağlık düzeyi ne kadar yüksekse daha üretken bir ekonomi ve sosyal yaşam o kadar garanti altındadır. Günümüzde sağlık hizmetlerinin giderek artan maliyetleri toplumun bireyleri açısından sağlık hizmetinin etkinlik durumu önemini korumaya devam etmektedir (Ramanathan, 2005, 39-54). Ülkelerin sosyoekonomik kalkınmışlık düzeyinin temel göstergelerinden biri olan sağlık hizmetlerinin sunuluşunda toplam kalite yönetimi anlayışını sağlık hizmeti veren kuruluşların gerek hizmetin üretimi gerek sunumunda esas almaları gerekmektedir (Küçükaksu vd. 2004). Sağlık hizmetlerinin hatayı kabul etmeyen ve hayati öneme sahip olma durumu diğer kamu hizmetlerine kıyasla üzerinde hassasiyetle durulması gereken bir hizmet alanı olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu açıdan en yüksek kalitede hizmet sunulması kaçınılmaz bir sorumluluk olarak kabul edilmelidir (Yüksel ve Sadaklıoğlu 2007). Sağlık bakım alanında yaşanan büyüme maliyet-etkin sağlık bakım sistemlerinin geliştirilmesi; yüksek kalitenin sağlanması ve verimlilikte yaşanan sorunlar nedeniyle önemini korumaktadır. Değer yaratan endüstrilerin gelişmesiyle sağlık bakım hizmetlerinin düzenlenmesi, ulusal sağlık hizmetlerinin maliyetleri de dikkate alınarak bütüncül (holistic) bir bakış açısıyla değerlendirilmelidir (Cardinaels 2004: 239).

Küresel rekabetle birlikte gelişen kalite, maliyet bilinci, teknolojik gelişme unsurları hastaneleri tedavi edici ve koruyucu sağlık hizmeti sunmalarının yanı sıra kar odaklı faaliyetlere odaklanmalarını da beraberinde getirmiş (Godiwalla vd. 1997,

202–207) ve performansın ölçümü, kalite geliştirme çalışmalarını da başlatmıştır (Uslu ve Aydın 2007). Hastaneler topluma sağlık hizmeti sunmada sağlık sisteminin yapı taşlarıdır. Hastanelerin kamu fonlarından en yüksek payı alması, tarihsel süreç içerisinde hastanelerin toplumdaki konumunun öneminin artması özellikle 1990’lı yıllarla birlikte hastane yönetiminde de bir takım değişiklikler gündeme gelmiştir (Gupta 1995, 31). Sağlık bakım sistemlerinde kaliteyi iyileştirmenin sürekli bir süreç gerektirdiği konusunda bir konsensus vardır. Ancak bir sürecin etkinliği açısından hangi mekanizmaların kullanılacağı konusunda bir fikir birliği yoktur (Naveh ve Stern 2005, 249). Fakat şu bir gerçektir ki sorunların çözüme kavuşmasında sorunların doğru şekilde tespit edilmesi önemli bir konudur. Özellikle klinik süreçlerde yaşanan sorunların etkisiyle artan tıbbi hataların varlığı maliyet artışına ve düşük kaliteye neden olmaktadır (Shipon 2000, 61).

Günümüz Batı dünyasında sağlık bakım alanında yaşlı nüfusun artışı, yeni teknolojiler ve hastalıkların varlığı, halkta meydana gelen sağlık hizmeti taleplerinde yaşanan artış, etkin olmayan ulusal sağlık hizmeti sistemleri gibi farklı yapısal ve demografik ihtiyaçtan kaynaklanan yeniden yapılanmaya bir gidiş söz konusudur. Hatta bazı ülkelerde sağlık bakım hizmetlerini en az maliyetle sunarken yüksek kalitede hizmet vermek için “esnek hastane organizasyonları” gibi yapılanmalar söz konusudur. (Naranjo-Gil ve Hartmann 2007, 30).

Öte yandan gelişmiş sağlık sistemlerine sahip bulunan ABD, İngiltere, Fransa ve Almanya gibi ülkelerdeki hastanelerde *süper liderlik*¹ (bir ekip yönetimi tarzı) olarak ifade edilen post-modern bir yönetim tarzı baskındır. Artan rekabetle birlikte modern hastane yönetiminde işbirlikçi planlama, yerinden yönetim ve uzun vadeli sözleşmeleri teşvik eden esnek rekabetçi modellere duyulan gereksinimin arttığını söylemek mümkündür. Bu ülkelerde yeni adaptasyon stratejileri arasında kalite yönetimi, yönetime katılım, geçmiş ve bugünün hastane gözlemleri, hizmet sunumunda farklılaşma sayılabilir (Kirkman-Liff vd. 1997, 207-208). Hastaneler açısından kalite iyileştirme mevzu bahis olduğunda işbirlikçi bir yaklaşım ile değişim sürecinin sağlanması mümkün olabilir ve bu sayede kaliteye dair yaşanan sorunları daha iyi analiz etmek suretiyle hasta bakım hizmeti iyileştirilebilir. Böylece hastaneler açısından en elzem konu olan akut hasta bakımını iyi bir süreç yönetimi ile başarmak

mümkün olur (Chow-Chua ve Goh 2000, 225). Hem kamu hem özel hastanelerde hizmet kalitesini iyileştirebilmek suretiyle verimliliği arttırmak konusunda hasta tatmini dikkate alınmalıdır. Diğer hizmet sektörleri gibi sağlık bakım hizmetlerinde de kaliteyi tanımlama, standartları belirleme, verimlilik kontrolünü sağlamada yaşanan sorunların çözümünde her ne kadar sağlık bakım hizmetlerinin sonuçlarını ölçme ve tanımlamada güçlük olsa da hasta tatmininin kalitenin en önemli göstergesi olduğu konusunda fikir birliği mevcuttur (Ramirez Valdivia ve Crowe 1997, 208). Bu açıdan bakıldığında sağlık bakım hizmetlerinde iş gören katılımını sağlama, kurum çalışanlarının tümünde rol ve sorumluluk konusunda net, açık bir anlayışa sahip olunan bir düşüncede gelişme, önleyici süreçlere kaynak ayırma gibi konuların önem kazanmasıyla yeni bir paradigma değişikliği yaşanmış ve yönetim modellerinin merkezinde hasta yönetimi seviyesi benimsenmeye başlamıştır (Yavas ve Romanova 2005, 198). Hizmet kalitesinin soyut ve değişken özelliklerinin olması kalite algısı ve müşteri memnuniyeti önemli ölçüde etkilemektedir. Hizmet sektöründe temel konu müşterinin/ kullanıcının istek ve arzularının karşılanıp karşılanmadığı konusudur (Devebakan 2005, 8; Gürlek ve Gürol 1993, 203).

Sağlık bakım hizmetlerinde standart performansın “sıfır hata” olması yönünde de görüşler vardır. Şüphesiz ki sıfır yaşam kaybı için uğraşan bir cerrah hastalar tarafından öncelikli olarak tercih edilecektir (Yıldız 1994, 4).

Tüm bu gelişmeler ışığında Türkiye’de sağlıkta kalitenin gelişimine de değinilecektir.

2.2. Türkiye’de Sağlıkta Kalitenin Gelişimi

Türkiye Cumhuriyeti Anayasası’na göre devletin görev alanında olup ve Sağlık Bakanlığı’nın sorumluluğunda olan sağlık hizmeti bir kamu malı niteliği taşımaktadır. Sağlık hizmeti sunumu ise kamu, yarı kamu, özel ve kar amacı gütmeyen vakıf kuruluşlarınca karşılanırken, finansmanı vergiler, sosyal güvenlik primleri (SGK), özel sigorta primleri ve cepten ödeme ile sağlanmaktadır (Pekten 2006, 2). 1980’li yıllarda Türkiye’de yaşanan teknolojik gelişmeler ve toplumsal beklentilerin de artmasıyla sağlık harcamalarında da artışlar meydana gelmiştir (Filiz 2010, 25-27). Bu

artışla alakalı ifadeler ulaşılabildiği kadarıyla şu şekilde ifade edilmiştir; 1982 yılındaki Anayasa değişiklikleri ile sağlık kurumlarının mali, idari açıdan özerklik kazanması ve verimlilikte artışın sağlanması için hazırlanan Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (2000-2005) ve 2003 yılında yürürlüğe giren Sağlıkta Dönüşüm Projesi (SDP)'nin etkisiyle kişi başı sağlık harcamalarında artışlar görülmekle birlikte (Filiz 2010, 42-48), Türk sağlık sistemi daha liberalleşmeye başlamış ve bu durum sağlık harcamalarında artışa neden olmuştur (Erol ve Özdemir 2014, 13-14). Sağlık Reformu projesi olarak anılan uygulamaların bu bağlamda temel ilkeleri şunlar olmuştur; herkese hakkaniyetli şekilde sağlık hizmeti sunulurken Genel Sağlık Sigortası (GSS) ile hizmetin sunulduğu kurumlar olan hastanelerin değil, vatandaşın hizmet ihtiyacını karşılamak, hastanelerin merkeziyetçilikten uzak daha özerk bir yapı içinde kendi gelir giderlerini karşılayabilen, sınırlarını yine devletin belirlediği bir alanda rekabetçiliği sağlamak, Aile Hekimliği modeli ile koruyucu hizmetlere önem vermek, Sağlık Bakanlığı'nın rolünün sağlık politikalarını belirlemek, izlemek, tedaviye değil koruyucu hizmete odaklanmak ve bu hizmetin sunumunu sağlayan bir anlayışa kavuşturmadır. Sağlık Reformu Projesi ile amaçlanan; sağlık finansmanında kurumların özerk bir işletme yapısına kavuşturulması, Aile Hekimliği ve Birinci Basamak sağlık hizmetleri sistemi, Sağlık Bakanlığı'nda yeniden yapılanmanın gerek merkez gerek taşra teşkilatlarında sağlanmasıdır (Yücel 1990, 80).

Kalite ile ilgili çalışmalar kapsamında Türkiye'de ki gelişmelere bakıldığında Dünya'daki sağlık hizmetlerinde kaliteye verilen dikkatin artması Türkiye'de gün geçtikçe önemi anlaşılan bir konudur. Bu bağlamda Sağlık Bakanlığı tarafından 30 Ekim 2001 tarihinde hasta memnuniyetini ölçebilmek için “Yataklı Tedavi Kurumları Kalite Yönetimi Hizmet Yönergesi” yürürlüğe geçirilmiştir (Kasapoğlu 2016, 150; Kaya 2003). Türkiye'de sağlıkta kalite standartlarına (SKS) dair çalışmaların temelini SDP'nin “nitelikli ve etkili sağlık hizmeti için kalite ve akreditasyon “ hedefi kapsamında gerçekleştirilen faaliyetler oluşturmaktadır (www.kalite.saglik.gov.tr). (Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, 2017. Sağlıkta Kalite Standartları. Erişim tarihi 05 Ağustos 2019. Erişim adresi, <https://kalite.saglik.gov.tr/TR,12679/saglikta-kalite-standartlari-sks.html>). Bu açıdan sağlıkta kalite standartlarına değinmeden önce Sağlıkta Dönüşüm Programına dair bilgiler aktarılacaktır.

2.3. Sağlıkta Dönüşüm Programı

Devletlerin sağlık hizmetini sunarken üstlendiği görev açısından geçmişe kıyasla bir değişim söz konusudur. Geleneksel olarak devletler sağlık hizmetinin finansman ve üretimine odaklanarak, yönetimin tekelden yapıldığı ve hizmetin direk olarak devlet tarafından üretildiği bir model benimsemişken, günümüzde devletin bu alandaki rolü genel prensiplerin devlet tarafından benimsendiği, koruyucu sağlık hizmetini vermeye odaklı, tedavi ve rehabilitasyonu piyasa ekonomisine devrettiği bir anlayışa evrilmiştir (Aktan ve Işık 2007, 7-8). Küresel açıdan bu değişimde sağlık alanında hizmet veren birçok kuruluşun işbirliği söz konusudur. Bu kuruluşlar; WHO, UNICEF, UNEP, ILO, FAO, OECD, IMF gibi kuruluşlar olarak karşımıza çıkmaktadır. Türkiye’de bu işbirliğine katılım göstermiştir. Sağlık politikalarına yön vermek üzere hazırlanmış en çok bilinen bildirge ise WHO tarafından hazırlanan Ljubljana Bildirgesi olmuştur (WHO 1996, 1). Özellikle sağlıkta reform hareketine yön veren kuruluşlardan biri olan Dünya Bankası 1980’de yayımladığı bir rapor ile sağlıkta reform hareketini “piyasa merkezli” olarak şekillendirmek üzere çeşitli raporlar, dokümanlar ve fonlar ile bu hareketi desteklemiştir. Dünya Bankası’nın bu görüşü özellikle Gelişmekte Olan Ülkelerde (GOÜ) bu değişimi sağlamak için Uluslararası Para Fonu (IMF) tarafından da desteklenmektedir (Altay 2007, 41).

Türk sağlık sistemi 2003 yılında başlayan “Sağlıkta Dönüşüm” programı ile yeniden yapılanmaya giderek Sosyal Güvenlik Reformu ile Genel Sağlık Sigortası sistemleri yürürlüğe girmiştir. Bu sistem sayesinde gelir seviyesi düşük olanların mali açıdan korunması sağlanırken, vatandaşların sağlık hizmetlerine ulaşmasında kolaylıklar sağlanmıştır (OECD 2008, 75-87). 2003 yılında “Acil Eylem Planı” kapsamında “Herkesin Sağlık” başlığı altında sağlıkla ilgili hedefler dönemin hükümeti tarafından aşağıdaki gibi açıklanmıştır (Bostan 2009, 34);

- İdari ve işlevsel olarak Sağlık Bakanlığı’nda yeniden yapılanma
- Genel Sağlık Sigortası (GSS) kapsamına tüm yurttaşların dahil edilmesi
- Tüm sağlık kurumlarının tek bir çatı altında toplanması
- Hastanelerin gerek idari gerek mali olarak özerkliğinin sağlanması
- Aile hekimliği uygulamasının gerçekleştirilmesi

- Koruyucu hekimliğin daha çok yaygınlaşması ve aile çocuk sağlığına daha çok önem verilmesi

- Sağlık sektörüne özel sektör yatırımlarının teşvik edilmesi
- Kamu kuruluşlarında yetki devrinin sağlanması
- Sağlık çalışanı eksiğinin öncelikli bölgelerde giderilmesi
- Sağlıkta e-dönüşüm projesinin devreye girmesi

SDP taslağı yukarıdaki hedefler dahilinde Sağlık Bakanlığı (SB) ve Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı (ÇSBG) ortaklığı ve işbirliği ile hazırlanmıştır (Sağlık Bakanlığı 2003, 2). SDP'nin uygulanmaya girmesindeki temel faktörler sağlık hizmet sunumunda maliyet atışı, kamu yönetiminin yurttaş tarafından eleştirilmesi, kamu ödeme kaynaklarının limitli olmasıdır (SDP 2012, 55-56). SDP'nin temelde üç amacı vardır, bunlar sağlık hizmetlerinde verimlilik, etkililik ve hakkaniyettir. Bu amaçlar doğrultusunda sağlık hizmetinin sunumunu yaparken de uygun finansal kaynakların sağlanması programın hedefi durumundadır. SDP'nin temel ilkelerini kısa başlıklar ile özetlemek gerekirse; İnsan Odaklılık; Sürdürülebilirlik; Sürekli Kalite iyileştirme; Katılımcılık; Uzlaşmacılık; Gönüllülük; Güçler Ayrılığı; Ademi Merkeziyetçilik ve Hizmette Rekabetin sağlanmasıdır (SB 2003, 24-29). SDP'nin amaçları doğrultusunda 2006 yılında hazırlanan 9. Kalkınma Planı (2006-2011) kapsamında da sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaştırılması, sunulan hizmetin kalitesinin artırılması, akılcı ilaç ve malzeme kullanılması ve Sağlık Bakanlığı'nın denetim ve planlama alanındaki görevlerinin ağırlık kazanması ele alınmıştır. Böylece geleceğe dair sağlık hizmetlerinde yaşanan değişim ve dönüşüm daha dinamik bir çerçeveden karşılanabilecektir (Akdağ 2008, 9). Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın gündeme gelmesinin en önemli sebebi de değişen ve dönüşen öncelikli sağlık hizmetlerini dinamik olarak karşılayabilme ihtiyacının oluşmasıdır (SDP 2012, 8). Sağlık Bakanlığı SDP'nin Türk sağlık sektöründe sağlıkta bilgi sistemleri, hizmet sunumu, finansman, insan gücü gibi bir çok alanda köklü değişiklikler yapılması için uygulandığını ifade etmiştir. SDP Türk sağlık sektörünün mücadele ettiği sorunları çözmek için tasarlanmış olup bu sorunlar; sağlık sonuçlarında Oecd ve orta gelir seviyesindeki ülkelerin sonuçlarına kıyasla geri kalmışlık; hizmetin kalitesindeki düşüklüğün tüm hastalara cevap verilememesine neden olması; mali açıdan parçalı bir yapının varlığının verimsiz bir sağlık hizmeti sunumu ve finansmanına neden olması;

hizmete erişimde yaşanan sorunlardır (Sağlık Bakanlığı 2012, 51; OECD & Dünya Bankası 2008, 36).

SDP sorunların çözümünde üç ayaklı kapsam ile hareket etmiştir. Bunlardan birincisi Bağ-Kur, Emekli Sandığı, SSK (Sosyal Sigortalar Kurumu)'yı aynı çatı altına toplamak için 2006 yılında GSS (Genel Sağlık Sigortası) programını uygulamaya sokmuştur (OECD ve World Bank, 2008, 36-39). Hizmet sunucusu ile alıcısının ayrılmasını sağlamak ve sağlık hizmetlerinde erişimin eşitlik kapsamında ele alınmasını sağlamak için gerçekleştirilen bu uygulamaların sağlık hizmetlerinde talep artışını karşılayabilmek için Sağlık Bakanlığı hastanelerinde “Performansa Dayalı Ödeme Sistemi”ne geçilmiştir. Bu uygulamanın amacı kaynakların etkili kullanımı ve harcamaların dengede kalması, sağlık hizmetini sunarken hem arz hem talepte artışın sağlanmasıdır (Sülkü 2011, 10). GSS ile hizmet üretimi ve finansmanı kesin olarak ayrılırken öte yandan özel sağlık kurumlarıyla yapılan anlaşmalar ile özel kurumlara sevk olanağı ile “sağlık hizmeti satın alma” mantığını da gündeme getirmiştir ve özel kurumların kullanımı teşvik edilmiştir (Ataay 2008, 171).

Sağlıkta reformlar kapsamında Dünya Bankası (2003) tarafından önerilen ikinci temel adımı Aile Hekimliği modelidir. Modele göre birinci basamak sağlık hizmetinin koruyucu hekimlik hizmetinin topluma yönelik olarak sunulmasını sağlamak üzere sağlık ocakları yerine toplum sağlığı merkezleri gelirken bireye yönelik koruyucu sağlık hizmeti aile hekimliği tarafından sunulacaktır. Temelde GSS ile finanse edilmesi planlanan aile hekimliği sistemi geçici olarak Sağlık Bakanlığı tarafından finanse edilmekle birlikte ileriki dönemlerde aile hekimliği GSS tarafından finanse edilecek ve primlerini ödeyen vatandaşlara hizmet sunumu sağlayacaktır. Ayrıca bu sistem sevk zincirinde ilk durak olacaktır (Ataay 2008, 175). Bu sistem ile aile hekimleri kamu hekimi olmaktan ziyade piyasa şartlarına göre ücretin belirlendiği girişimcilere dönüşmüştür (Erol ve Özdemir 2014, 16; Kasapoğlu 2016, 150). Bu sistemde hekimler personel seçimini kendileri yapabildiği gibi gerekli (sağlık hizmeti dışında) hallerde taşeron hizmet de alabilmektedirler (Erol ve Özdemir 2014, 16).

SDP'nin üçüncü temel adımını ise merkeziyetçi bir yapıda olan Sağlık Bakanlığı'nın denetleyiciliğini ön plana çıkaran Kamu Hastaneler Birliklerinin kurulmasını sağlamaktır. Bu reform ile ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumları 663

sayılı ‘SB ve Bağı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname’(2 Kasım 2011 Resmi Gazete) ile Sağlık Bakanlığı çatısı altında “Kamu Hastaneler Birliği” ile yeniden yapılandırılmış ve düzenlenmiştir (Acar 2018, 709-710). Bu şekilde merkezi teşkilatta eskiye nazaran daha çok kurumsal uzmanlaşma ile idari pozisyonların sayı ve çeşitliliğinde artış; ve taşraya yetki devri verilerek bir çok alandaki sorumlulukları daha üst düzeyde temsil edilmiştir. Bununla birlikte 663 sayılı KHK ile sözleşmeli yöneticilerin de istihdam edilebilirliği gündeme gelmiştir (Sevinç ve Özer, 2016, 1381). Ancak bu dönüşüm 2011 ve 2017 yılları arasında uygulamada yaşanan aksamalar nedeniyle amacına ulaşamamış ve bu bağlamda 694 sayılı KHK ile sağlık teşkilatında yapılan değişimler ile eski sisteme geçiş sağlanmıştır (Acar 2018, 721).

SDP’nin sağlık alanındaki gerek hizmet sunucuları gerek alıcıları üzerindeki etkilerine yönelik olarak ulaşılabilen çalışmaları aşağıdaki gibi özetlemek mümkündür;

Koçak ve Tiryaki’nin 2015 yılında yaptıkları SDP’nin halk tarafından nasıl değerlendirildiğine dair çalışmalarının sonuçları genel olarak değişikliğin %70 oranında “iyi “ olarak değerlendirildiğini, eczanelerdeki aksamalar nedeniyle ilaç alımındaki memnuniyetsizlik oranının %47 olduğunu belirlemişlerdir (Koçak ve Tiryaki 2011, 82).

Pala 2003’de yayınladığı makalesinde sağlıkta reform uygulamaları kapsamında sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesine yönelik eleştirilerini ifade ederken (Pala 2003, 119), 2015 yılında SDP’nin toplum sağlığı göstergelerinde önemli bir iyileşme sağlayamadığını ifade etmiştir (Pala 2015, 141). Yavuz’da (2015) SDP’nin toplumun sağlığına etkilerini ulaşılabilen veriler üzerinden incelemiştir (Yavuz 2015, 83).

Özgülner 2015 yılında SDP’nin kadın sağlığı üzerine etkilerini araştırmış ve anne ölüm oranının “durağandan hafif artmış” ve “artmakta” eğilimi gösterdiğine dikkat çekmiş ve özellikle kadına yönelik hizmetlerin sayısından çok niteliğine önem verilmesi gerektiğini vurgulamıştır (Özgülner 2015, 120).

Bostan ve Ağaç (2019) alışmalarında SDP kapsamında uygulanan Kamu Hastaneler Birliği yapılanmasının çalışanlar üzerindeki dönüşüm etkisinin yetersizliğini tespit ederken yönetim ve çalışanların uygulamayı benimsediğini ifade etmişlerdir (Bostan ve Ağaç 2019, 152).

Atun ve arkadaşlarının (2013) alışması ise SDP'nin olumlu etkilerini ifade eden bir çalışma olmuştur. Bu bağlamda hasta memnuniyetinde, sağlık hizmetine erişimde artış yaşanırken, anne ölüm oranı, 5 yaş altı bebek ve yeni doğan ölüm oranlarında azalmaya yardımcı olduğu yönündeki bulgulara değinilmiştir (Atun vd. 2013, 65).

Akıncı ve arkadaşları (2012) SDP'nin ana bileşenlerinin paydaşlar üzerindeki etkisini incelemiş ve en çok ilerleme bilgi sistemlerinde yaşanırken liderlik kapasitesi alanında en yavaş ilerleme sağlandığını tespit etmişlerdir (Akıncı vd. 2012, 21).

elikay ve Gümüş (2011) SDP'yi vatandaşların genel olarak olumlu bulduklarını ölçmüşlerdir (elikay ve Gümüş 2011, 55).

Aka (2012), Kerman ve Eke (2014), Bıyık ve Tekin (2015), Kırılmaz ve arkadaşları (2015) yaptığı çalışmalarla SDP'nin çalışanlar üzerinde özellikle hekim ve hemşirelerde iş yükünü arttırdığı yönünde tespitler yapmışlardır (Aka 2012, 185; Bıyık ve Tekin 2015, 103; Kerman, Eke, 2014, 65; Kırılmaz vd. 2015, 91). Bu bağlamda SDP'ye yapılan en çok eleştiri sağlık alanında ki çalışanlar üzerindeki negatif etkileri üzerinedir (Etiler 2015, 10; Yaşar 2011, 110).

Daştan ve etinkaya'nın 2015 yılında yaptığı araştırmada OECD'nin 2014 sağlık verilerine göre Türkiye'nin OECD ülkelerine kıyasla kişi başi sağlık harcamalarının(satın alma gücü paritesine göre) ; 984 \$ iken OECD ortalaması olan 3500\$'ın altında olduğunu; kişi başi sağlık harcamaları ve GSYİH'daki payı:%5.4 iken OECD ortalaması olan %9'un altında olduğunu ifade etmişlerdir. Aynı zamanda “Doğuşta beklenen yaşam süresi” bakımından Türkiye'nin OECD lkelerinin ortalamasına yaklaşmakla birlikte oranı en düşük ülkeler arasında yer aldığını göstermişlerdir. Bebek lm hızları bakımından OECD lkelerinin neredeyse tamamında bebek ölüm hızları çok düşükken, Türkiye, Meksika, şili gibi GOÜ'lerde

bebek ölüm hızları halen OECD ülkelerinin ortalamasından çok daha yüksektir (Daştan ve Çetinkaya 2015, 110-126).

Avşar ve arkadaşlarının (2017) yaptığı bir çalışma 2003-2013 yılları arasında Türkiye'nin sağlık indikatörlerinde gerçekleştirdiği gelişime rağmen OECD ülkelerinin gerisinde olduğunu göstermiştir. Örneğin “doğumda beklenen yaşam süresi” 2013 yılında %76,6 iken OECD ülkelerinde bu rakam; 80,5'tir. Türkiye'de bebek ölümleri 2013 yılında her bin doğumda 10 iken OECD ortalaması; 3,8'dir. Bu rakamlarda her ne kadar OECD ülkelerinden geri kalsak da 2003-2013 yılları arasında Türkiye'nin kendi istatistiklerine göre gelişim gösterdiği sağlık indikatörleridir. Bunun yanı sıra bazı sağlık indikatörlerinde negatif yönde artışlar da görülmüştür; 2003-2013 yılları arasında obezite %12'den %22'ye, alkol kullanımı 1,4 litreden 1,8 litreye yükselmesi gibi (Avşar vd. 2017, 16).

2.3.1. Türkiye’de Sağlıkta Kalite Standartları (SKS)

Türkiye’de 2003 yılında başlayan SDP’nin çekirdek hedeflerinin başında sağlıkta hizmet kalitesinin geliştirilerek süreklilik arz etmesinin sağlanması vardır. 2003 yılında ilk defa sağlık hizmetlerinde performansa dayalı ek ödeme uygulamasına geçilmiştir. 2003-2008 yılları arasında bu kapsamda kamu hastaneleri denetlenirken 2009 yılında özel hastanelerin de denetimlerinin yapılmasını sağlamak üzere “Özel Hastane Hizmet Kalite Standartları” uygulanmıştır (Kuş 2012, 28-30). Yine Sağlık Bakanlığı hastanelerde hizmet kalitesini ölçebilmek için 2005 yılında “Hizmet Kalite Standartları Ölçeği” ni uygulamaya alarak 2009 yılı itibariyle hastaneleri bu ölçek kapsamında yılda iki kez değerlendirmiştir. Sağlık Bakanlığı 2007 yılı itibariyle de “Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları Kurumsal Kaliteyi Geliştirme ve Performans Değerlendirme Yönergesi” çıkarmış ve bu yönerge ile değerlendirmelerde belirleyici olarak kullanılan dört unsurun katsayısı düzenlenmiştir (Ulutaş 2011):

- Muayeneye Erişim Katsayısı: Poliklinik hizmetlerinde aktif olarak kullanılan oda sayısının toplam hekim sayısına bölünerek hesaplanan bu katsayı ile 2004 yılından itibaren hastaların serbestçe hekim seçebilmeleri amaçlanmıştır.

- Kurum Alt-yapı ve Süreç Değerlendirme Ölçütleri Katsayısı: hastanelerin alt yapılarını iyileştirmeye yönelik olarak hazırlanan bu katsayı kurumun bağlı olduğu İl performans koordinatörlüğü tarafından her yıl doldurulan “Değerlendirme Formu” doldurularak saptanır ve elde edilen puan o kurumun alt-yapı süreçlerindeki durumunu tespit eder.

- Kurum Verimlilik Katsayısı: Hastanedeki yatakların doluluk oranı ve yatan hastaların yatış gün sayısı ile saptanan bir katsayıdır.

- Hasta ve Hasta Yakınları Memnuniyet Anket Sayısı: Bu anketin içeriğini hekim muayenesi, sağlık personelinin tutum ve davranışları, teşhis tedavi süreçlerindeki bilgilendirme, genel memnuniyet düzeyi ve yaş, cinsiyet gibi demografik sorulardan oluşmaktadır.

Türkiye’de sağlıkta hizmet kalite standartlarının hazırlanmasındaki temel amaçlar, sağlık hizmetinin iyileştirilip geliştirilmesini sağlamak için rehberlik yapması ve sağlık hizmetinin bütünsel olarak tüm süreçleriyle kalitesinin değerlendirilebilmesidir (Tarcan vd. 2009, 24-25). Sağlık Bakanlığı hastanelerde aynı zamanda ölçme ve değerlendirme de yapmaktadır ve bunu; sağlık hizmetlerine erişim; hizmetin sunumunda kalite standartları; hasta memnuniyeti ve sağlık hizmetinde gerçekleşen verimlilik göstergeleri ile sağlamaktadır. Böylece Sağlık Bakanlığı hastanelerin performansını kurum, birim ve çalışan perspektifinde değerlendirmektedir. Sağlık çalışanlarının verimini sağlamak ve hizmet sunumunda kaliteyi yaygınlaştırmak için ölçülebilirlik sağlanmak durumundadır. Bu ölçülebilirlik bireylerin performanslarının değerlendirilebilmesini ve kurum amaçlarına ne ölçüde katkı sağladıklarını göstermektedir (Özveri vd. 2018, 21). Sağlık Bakanlığı’nın kalite alanında rehberlik niteliği taşıyan kurallar ve standartları içeren SKS Hastane seti belirli aralıklarla revizyondan geçirilmiş olup SKS Hastane seti üzerinde 2005, 2007, 2008, 2011 yıllarında bir takım yenilikler sağlanarak SKS Hastane Seti (Versiyon-4)’ne ulaşılmış olup bu set yeni gelişmeler ve ihtiyaçlar ışığında tekrar revize edilmiş ve 2015 yılında SKS Hastane Seti (Versiyon-5), 2016 yılında da SKS Hastane Seti (Versiyon-5, Revizyon-01) ile son haline kavuşmuştur. Bu set oluşturulurken Dünya Sağlık Örgütü hedefleri ve Türkiye’nin öncelikli ihtiyaçları göz önünde

bulundurulmuştur. Ayrıca bu versiyonda çeşitli yöntemlerle kullanıcıların da görüş ve önerileri alınmış ve kalite araştırmalarına dahil edilmeleri sağlanmıştır. (Sağlık Bakanlığı 2019, <https://kalite.saglik.gov.tr/TR,12680/guncel-standartlar.html>)

Tüm bu gelişmeler ışığında hastaneler özelinde kalite standartlarının kurumsallaşması amacıyla ilk soru seti ISQua (The International Society for Quality in Health Care) ile işbirliği çerçevesinde hazırlanarak 2014 yılında akredite edilmiştir. 2015 yılında ise kamu, özel ve üniversite hastanelerinin akreditasyonunun sağlanması için çalışmalara başlanarak değerlendirici eğitim programlarında da akreditasyon sağlanmıştır (www.kalite.saglik.gov.tr, 2019).

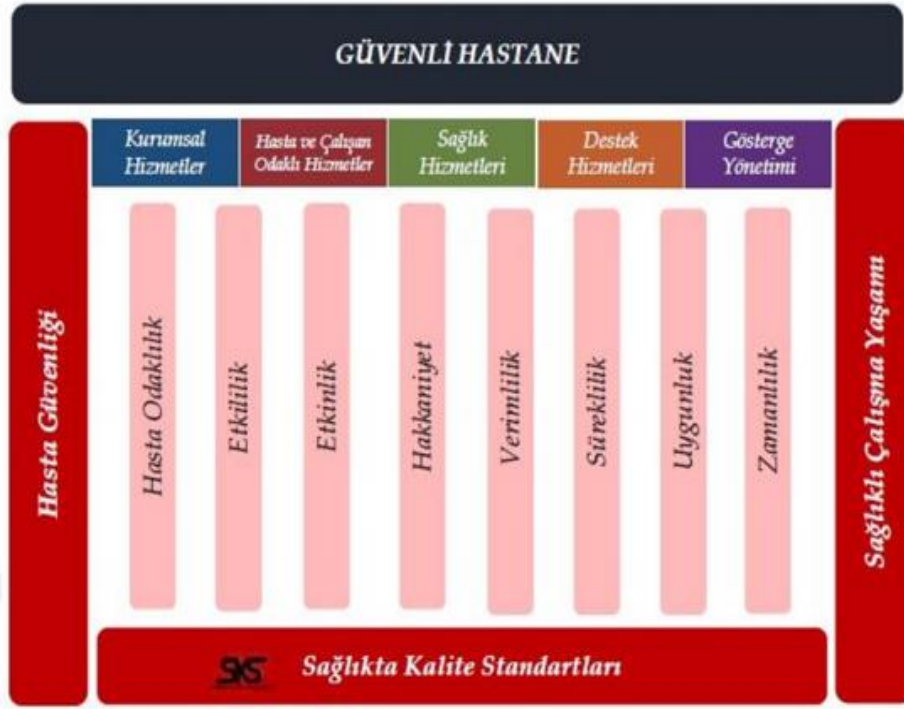
SKS’de standartların belirlenmesindeki temel hedefler üç tanedir;

- Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması
- Hasta ve Çalışan Memnuniyetinin Sağlanması
- Etkinlik ve Etkililiğin Sağlanmasıdır.

SKS bu hedeflere ulaşmak için ise kalite yönetim sisteminin kurulması ve ölçüm kültürünün sağlanması olmak üzere iki araç kullanmaktadır (<https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/3801,sks-isiginda-saglikta-kalite-cilt-1pdf.pdf?0>, 2012).

2.3.2. SKS -Hastane Seti (Versiyon-5)

SKS – Hastane Seti (Versiyon-5) ve sonrasında (2016) geçirdiği ilk revizyon da olmak üzere 10 hedef üzerinden temellendirilmiş, 5 boyut, 39 Bölüm, 557 Standart, 1100 değerlendirme ölçütünden oluşmaktadır (<https://kalite.saglik.gov.tr/TR,12680/guncel-standartlar.html> 2019).



Şekil 8. SKS-Hastane'nin 10 hedefi ve 5 Boyutu

Kaynak: Sağlıkta Verimlilik, Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, Ağustos 05, 2019 tarihinde <https://kalite.saglik.gov.tr/TR,12680/guncel-standartlar.html> sayfasından uyarlanmıştır.

Şekilde görülen on hedef kurum performansı ve doğrudan hizmet alanlar ile ilgili olmak üzere iki temel kategoriye ayrılmaktadır. Kurum performansı hedefleri; etkililik, etkinlik, verimlilik ve sağlıklı çalışma yaşamı olarak ifade edilirken, doğrudan hizmeti alanlara yönelik olarak belirlenen hedefler ise; hasta güvenliği, hakkaniyet ve hasta odaklılıktır (www.kalite.gov.tr). SKS boyutlarına baktığımızda Kurumsal Hizmetler boyutu; standartlara yönelik olarak yapılan tüm uygulamaların kurumun bütünsel olarak tüm alanlarında var olmasını amaçlar, Hasta ve Çalışan Odaklı Hizmetler boyutu; uyguladığı standartlar ile hasta haklarının, güvenliğinin ve memnuniyetinin sağlanmasını amaçlarken, çalışanlara da sağlıklı bir çalışma hayatı sunmaya odaklanır. Sağlık Hizmetleri boyutu; SKS Hastane hedefleri ışığında, tıbbi hizmetlerin tamamının sunulmasını amaçlar, Destek hizmetleri; gerekli teknik alt yapı olanaklarıyla tıbbi süreçlerin tümünde güvenilirlik ve sürekliliği amaçlarken son boyut olan Gösterge Yönetimi boyutu ise; süreçlerle ilgili kalite iyileştirmede sürekliliği sağlayan standartlar aracılığıyla performansın değerlendirmesine ve izlenmesine odaklanır (SKS Hastane 2016).

SKS – Hastane’de her boyutun ilgili olduğu bölümler tanımlı durumdadır. Bölümlere yönelik olarak belirlenen standartlar da ilişkili olduğu hizmetin sunulduğu alanlarda uygulanıp değerlendirilmek suretiyle (Alan Bazlı Bölümler hariç) boyutların tüm hastaneye nüfuz etmesi sağlanır (SKS Hastane 2016). Aşağıdaki tabloda boyutların altında yer alan bölümler ve bölümlere yönelik oluşturulan standart ve değerlendirme ölçütleri belirtilmektedir;

Boyut ve Bölümler	Standart Sayısı	Değerlendirme Ölçütü Sayısı
Kurumsal Hizmetler	58	160
Kurumsal Yapı	8	12
Kalite Yönetimi	13	41
Doküman Yönetimi	5	16
Risk Yönetimi	5	9
Güvenlik Raporlama Sistemi	5	11
Acil Durum ve Afet Yönetimi	13	46
Eğitim Yönetimi	5	18
Sosyal Sorumluluk	4	7
Hasta ve Çalışan Odaklı Hizmetler	38	98
Hasta Deneyimi	13	33
Hizmete Erişim	5	15
Yaşam Sonu Hizmetler	8	12
Sağlıklı Çalışma Yaşamı	12	38
Sağlık Hizmetleri	233	640
Hasta Bakımı	23	70
İlaç Yönetimi	15	44
Enfeksiyonların Önlenmesi	12	28
Sterilizasyon Hizmetleri	11	31
Transfüzyon Hizmetleri	11	37
Radyasyon Güvenliği	15	44
Acil Servis	14	52
Ameliyathane	12	22
Yoğun Bakım Ünitesi	10	21
Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi	12	33
Doğum Hizmetleri	7	17
Diyaliz Ünitesi	14	28
Psikiyatri Hizmetleri	15	46
Biyokimya Laboratuvarı	15	41
Mikrobiyoloji Laboratuvarı	18	45
Patoloji Laboratuvarı	15	43
Doku Tipleme Laboratuvarı	14	38
Destek Hizmetleri	71	192
Tesis Yönetimi	15	37
Otelcilik Hizmetleri	16	45
Bilgi Yönetim Sistemi	16	53
Malzeme ve Cihaz Yönetimi	9	26
Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri	7	13
Atık Yönetimi	5	14
Dış Kaynak Kullanımı	3	4
Gösterge Yönetimi	157	10
Göstergelerin İzlenmesi	7	10
Bölüm Bazlı Göstergeler	68	
Klinik Göstergeler	82	
TOPLAM	557	1100

Şekil 9. SKS Hastane Boyut ve Bölümlerinin Standart ve Değerlendirme Ölçütü Sayıları Tablosu

Kaynak: Sağlıkta Verimlilik, Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, Sağlıkta Kalite Standartları, Ağustos 05, 2019 tarihinde <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/3460,skshastanesetiv5r1pdf.pdf?0> sayfasından uyarlanmıştır.

SKS - Hastane puanlandırma matrisinde ise kullanılan 3 unsur; Standartların puanlandırılması, Standartların Karşılama Düzeyinin Belirlenmesi ve Kalite Puanının Belirlenmesi olarak belirlenmiştir. Standartları puanlarken 10'luk puanlama sistemi kullanılır ve puanlamada kullanılan beş kategori vardır. Bu kategoriler aşağıdaki gibidir (SKS – Hastane 2016);

- Kategori – 1 (Çekirdek Standart): 50 puan değerindeki bu standartlar Bakanlık açısından karşılanması son derece önemli olup hasta ve çalışan güvenliği ile hizmet sunumu açısından kritiktir ve karşılanmazsa hastanenin kalite puanını doğrudan etkiler.

- Kategori – 2 : 30 puan değerindeki bu standartlar bölüme has süreçleri doğrudan etkiler.

- Kategori – 3 : 20 puan değerinde olan bu standartlar bölüm bazlı ve klinik göstergelerden oluşur.

- Kategori – 4 : 10 puan değerindeki bu standartlar bölüme has süreçleri dolaylı yoldan etkiler.

- Kategori – 5 (Opsiyonel Standartlar): uygulama zorunluluğu olmayan bu standartlar hastanenin kalite puanını pozitif olarak etkiler.

Standartlar karşılanma düzeyleri ise üç kategoride tanımlanmıştır; bu kategoriler; Karşılanıyor (K), Kısmen Karşılanıyor (KK) ve Karşılanmıyor (KM) olarak belirlenmiştir. Karşılanan her standart tanımlı olan tam puanını alırken, kısmen karşılanmışsa tanımlı puanın yarısı, karşılanmamışsa sıfır puan alması söz konusudur. Tüm bu süreçlerden sonra 0 ile 100 puan arasında hesaplanan kalite puanı oluşur. Bu puan ile hastaneler gelişimlerini takip edebilmekte, diğer hastaneler ile durumlarını karşılaştırabilmekte ve derecelendirilmektedirler. Kalite puanını hesaplamak için kullanılan formül ise aşağıdaki gibidir;

Kalite Puanı: $(\text{SKS'de değerlendirilmiş bölümlerden gelen puanlar toplamı} / (\text{SKS'de değerlendirilen bölümlere ait standartların toplam puanı} - \text{SKS'de}$

değerlendirmesinde bölümlere ait standartlardan değerlendirme dışı bırakılan puan toplamı))*100+/- Kalite puanını etkileyen unsurlar.

Kalite puanını etkileyen bazı unsurlar vardır. Bu unsurlar aşağıdaki gibidir;

- Çekirdek standartlar karşılanmaz ise karşılanmayan her standart için kalite puanı 5 puan düşürülür.
- Eğer çekirdek standartların 6 ve üzeri karşılanmazsa kalite puanı 30 puan düşürülür.
- Hastane kalite puanı 80 ve üzerinde iken; kalite puanına opsiyonel standart için 0,5, opsiyonel gösterge için 0,25 puan eklenir. Bu şekilde hastane kalite puanına toplamda en fazla 7 puan eklenebilir.
- Hastane kalite puanı 100'ü geçerse kalite puanı 100 olarak ele alınır (SKS Hastane 2016).

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

ARAŞTIRMA TASARIMI

Araştırma tasarımında araştırmanın amacı, yöntemi çerçevesinde ele alınan araştırma örneklemi, veri toplama teknikleri, veri analizi, araştırmanın geçerlilik ve güvenilirliği bakımından nitel araştırma kıstaslarının ne olduğu ve nasıl uygulandığı konularında bilgi verilecektir.

1. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu tezin çekirdek amacı SKS Hastane V5 değerlendirmesine göre iyi seviyede performans sergileyen ve Kalite Yönetim Birimi bulunan bir Kamu Hastanesi'nin EFQM MM değerlendirme kriterlerine göre kaç puan alacağını belirlenmesini sağlamak ve iki modelin karşılaştırmasını yapabilmektir. Böylece iki model arasında benzerlik ve farklılıkların olup olmadığı görülebilecek, yurt dışında yapılan çalışmalar kapsamında da EFQM MM kriterlerine göre puanlandırması yapılan hastaneler ile Türkiye’de bu çalışma ile değerlendirilmiş hastanelerin karşılaştırması yapılabilecektir. Bu amaç kapsamında araştırmanın ana sorusu ve alt soruları aşağıdaki gibi belirlenmiştir.

Ana Araştırma Sorusu: Türkiye’de kamu hastanelerinde uygulanan kalite çalışmaları nelerdir ve hastanelerin üst düzey yöneticilerinin kalite uygulamalarındaki rolü nedir?

Alt Araştırma Soruları:

- SKS Hastane V5’e göre iyi seviyede puan(85/100 ve üzeri) almış 3 kamu hastanesi kalite odaklı performans yönetim aracı olarak kabul edilen EFQM MM’ne göre kaç puan alacaktır?
- Kamu hastanelerinde uygulanan kalite standartları EFQM MM ‘nde yer alan girdi ve sonuç kriterleri olan 9 önermeyi (Liderlik, Strateji, Çalışanlar, İşbirlikleri ve Kaynaklar, Süreçler, Ürünler, Hizmetler, Müşterilerle İlgili Sonuçlar, Çalışanlarla İlgili Sonuçlar, Toplumla İlgili Sonuçlar, İş Sonuçları) ne düzeyde karşılamaktadır?

- Kamu hastanelerinde uygulanan SKS Hastane V5 EFQM MM'ne göre ne düzeyde bütünsel bir performans değerlendirme aracıdır?

- SKS Hastane V5'in EFQM MM'ne kıyasla zayıf yönleri ve güçlü yönleri nelerdir ve bu bağlamda yönetim kademesinin günlük uygulamalarda yaşadıkları güçlükler ve kolaylıklar nelerdir?

- Yönetim kademesinin alternatif kalite odaklı bütünsel performans yönetim araçlarına bakış açıları nelerdir?

2. ARAŞTIRMA YÖNTEMİ

Araştırma Nitel Araştırma Yaklaşımı çerçevesinde “Çoklu Durum Çalışması” araştırma deseni kullanılarak gerçekleştirilmiştir.

Nitel araştırma gerçekliğin sürekli olarak değiştiğini çünkü gerçekliğin birbiriyle etkileşim halinde bulunan sosyal bireylerin faaliyet unsurları tarafından yaratıldığını, evrensel olmadığını kabul eder. Dolayısıyla gerçeklik toplumsal girişimlerle sürekli olarak değişme ve yeniden oluşma ile karşı karşıyadır (Yıldırım ve Şimşek 2000, 30). Bu bağlamda nitel araştırma anlamacı (inşacı) epistemolojiye dayanır ve insan davranışının çok boyutlu karmaşıklığı dikkate alınarak bulunduğu ortam bağlamında değerlendirilmesini kabul eder (Yıldırım ve Şimşek 2000, 17). Gerçeklik insan algısı ile bağlantılı olarak yorumlanıp anlamlandırılırken öznellik gösterir (Guba ve Lincoln 1994, 109).

Nitel araştırma yorumlayıcı bir yaklaşım benimseyerek incelenen durumu kendi bağlamında değerlendirir ve bireylerin incelenen duruma nasıl bir anlam yüklediklerini hesaba katarak yorumda bulunur (Altunışık vd 2010, 302). Burada nitel araştırmacı aynı zamanda incelemeye konu olan bireylerin bakış açısından bir yorumlama gerçekleştirirken hipotez geliştirmez ve tümevarımcıdır (Yıldırım ve Şimşek 2000, 40). Nitel araştırmanın tanımını Miles ve Huberman (1994) nitel araştırmanın sunduğu nitel veri sayıların değil kelimelerin yer aldığı temeli sağlam, zengin, bulunduğu bağlamı tanımlayabilen açıklayıcı süreci barındıran bir veri türü olarak tanımlamışlardır (Miles, Huberman 1994, 292). Nitel araştırma ile gerçekleşen

bu çalışmada durum incelemesi yapılırken durumun bağlamından kopmadan gerçekleştiği mekanda derinlemesine bir çözümleme için neden ve nasıl sorularını gündeme alarak durum çalışması (örnek olay incelemesi) yapılmış (Yin 1994, 6) ve bütüncül tek durum deseni kullanılmıştır (Yin 1994, 13). Durum çalışması belirli bir zaman diliminde tek bir program, süreç, organizasyon, sosyal grup, birey veya fenomen araştırması için uygun veri toplama araçları kullanılarak yapılır (Gupta, Awasthy 2015, 27). Bu çalışmada belirli bir amaç ve belirli sorular eşliğinde bir ve/veya birden fazla durum çalışmasının incelemesini yaparken derin ve ayrıntılı bir inceleme yapılması esas göz önünde bulundurulur (Silverman 2013, 142). Tekli durum çalışması (tekli örnek olay incelemesi) bir kuram iyi şekilde çerçevelenmişse bu kuramın ayrıntılı bir analizini yaparken, özgün ve özel durumların incelenmesinde ve yahut daha önce incelenememiş bir durumun ortaya çıkarılmasında kullanılabilmektedir (Yin 1994, 39-40). Çoklu durum çalışmasında ise incelenen olgunun, durumun yada ilişkilerin vs. birden çok durum çalışması ile testi söz konusudur (Yin 1994, 45). Bu durumda her bir incelenen durum, olgu vs bir analiz birimini oluşturmaktadır. Bu çalışmanın analiz birimi olan durum çalışması ise; iyi seviyede (85/100 ve üstü) SKS puanı almış olan bir kamu hastanesinin EFQM MM değerlendirme kriterlerine göre ve RADAR puanlandırma unsurlarına kıyasla hangi süreçlerden geçerek ve nasıl bir yol haritası izleyerek kaç puan alacağını belirlenmesi ile üst düzey yöneticilerin gerek EFQM MM modeline gerek SKS Hastane V5'e bakış açılarını anlamaya çalışmaktır.

2.1. Araştırmanın Örneklemi

Araştırmanın örneklemini amaçlı örnekleme yöntemlerinden ölçüt örnekleme tekniği ile belirlenen 3 kamu hastanesinin üst düzey yöneticileri olmak üzere (Başhekim, Kalite Direktörü, Sağlık Hizmetleri Müdürü, İdari ve Mali İşler Müdürü) toplamda 9 yönetici oluşturmaktadır. Amaçlı örneklemede örneklem seçimi yapılırken evrenin tipik bir örneği olduğu varsayılan küçük bir alt grup seçimi yapılır. Bu seçim genellikle örneklemin genel hatlarının belirli olduğu ve araştırmacının evren hakkında bilgili olduğu durumlarda yapılır (Şavran 2012, 155). Patton'ın ifadelerine bakıldığında (1987) amaçlı örnekleme nitel araştırma yapısı içinde ortaya çıkmış bolca bilgi hazinesine sahip olduğu düşünülen durumların derin bir şekilde incelenmesi

potansiyeline sahiptir (Yıldırım ve Şimşek 2013, 135). Amaçlı örneklem yöntemlerinden ölçüt örneklem tekniği ise anlayış bakımından önceden araştırmacı tarafından belirlenmiş olan veya hazırlanmış bir listesi bulunan bir takım ölçütleri karşılayan tüm durumların çalışılabilmesini ifade eder (Yıldırım ve Şimşek 2013, 135).

Alan yazında örneklem seçimiyle ilgili bilgilere baktığımızda aşağıdaki ifadelere rastlamak mümkündür; Örneklem seçiminde nicel araştırmalarda örneklem evreni temsil etme yeteneği temel ölçütlerden biri iken görüşme tekniği gibi nitel araştırmalarda nicel araştırmaya alternatif olarak geliştirilen bakış açılarından bahsetmek mümkündür. Nitel araştırmalar genellikle küçük bir örneklem üzerinde gerçekleştirilir. Bazen örneklem amaçlı olmak üzere seçilmiş bir (n=1) kişi de araştırmada yer alabilir (Patton, 1990:169). Böyle bakıldığında elde edilen sonuçların evrene genellemesi gibi bir süreç olmadığından örneklem seçimi yapılırken istatistikî bir temsil edilebilirlikten ziyade örneklem daha bütünsel, derinlemesine ve bağlamına bakarak anlaşılmasına dair bir bakış açısı vardır. Lincoln ve Guba (1985, 233) nitel çalışmalarda görüşme yapılacak kişilerin seçiminde olabildiğince en geniş miktarda bilgi sağlayacak kişilerin seçimine yönelmenin gerekliliğini ifade etmektedirler. Rubin ve Rubin (1995, 73) tarafından yapılan başka bir çalışmaya göre ise örneklem seçimi ve sayısı düşünüldüğünde verilecek yanıtın, yapılan görüşmelerden çok az miktarda bilgi elde etmeye başladığında örneklem tamamlandığını belirtmekte. Bir başka konuyu destekleyen çalışmayı ise Patton (1990, 169) makalesinde şöyle ifade etmiştir; amaçlı olarak seçilen örneklem seçiminde temel amacın, çalışma konusu hakkında en yoğun bilgiyi verebilecek kişilerin seçimine odaklanmak olduğunu, bu bağlamda sayı konusunda esnek olunabileceğini belirtmektedir. Patton (1990, 184) bu sebeple görüşmeye dayalı nitel araştırma tekniklerinin kullanıldığı bilimsel çalışmalarda örnekleme dair çok sıkı kuralların bulunmadığını belirtmektedir. Görüşme tekniğinin kullanıldığı bilimsel çalışmalarda ana amaç kişilerden alınan bilgilerin örneklem temsil ettiği evrene genellenmesi değil, tersine çalışılan kişilere benzer ya da aynı özellik gösteren kişilere genellenmesidir (Schofield 1990, 226). Bu çalışmada da ölçüt örneklem seçiminde gerek hastanelerin hizmet özelliklerine göre diğer hastanelerle karşılaştırılması gerek çalışmaya konu olan üç hastanenin birbiri ile kıyaslanması doğru olmayacaktır. Zira üç hastane de hizmet özellikleri bakımından hem çalışma saatleri, hem çalışan sayıları

hem de kuruluş amaçlarının farklı olması nedeniyle kıyaslama için rekabet edebilirlik bağlamında değerlendirildiklerinde uygun olmayacağı daha kolay anlaşılacaktır. Zira hastaneler eğitim ve araştırma hastanesi, devlet hastanesi, ayaklı tedavi hastanesi olmak üzere farklı türlerde hizmet vermektedirler.

Üç hastanenin özelliklerine bakacak olursak; Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi; A-I Grubu Genel hastanedir. Eyüp Sultan Devlet Hastanesi; B-II Grubu Genel hastanedir. Sait Çiftçi Devlet Hastanesi; C Grubu Genel hastanedir. Sağlık alanındaki kaynakların ölçülü ve akılcı kullanımı bakımından fiziksel, donanımsal ve insan gücü ihtiyaçlarının doğru tespitinin yapılabilmesi, sağlık planlamalarının akılcı yapılarak atıl kapasiteye mahal verilmemesini sağlamak amacıyla Türkiye sağlık bölgelerine ayrılmak suretiyle sağlık hizmetlerinin sunumu ve planlanması bölge merkezli bir yapılanma ile yürütülür. Bölge merkezli yapılanmada nüfus, sosyo ekonomik durum, kentleşme, sanayileşme, sağlık hizmeti sunumunun kalitesi ve kapasitesi gibi temel sağlık göstergeleri ışığında bölge sağlık merkezi konumunu sağlayabilecek iller sağlık bölge merkezi ili; onlara bağlı güçlendirilmiş ilçeler ve güçlendirilmiş ilçelere bağlı küçük ilçeler zinciri olarak belirlenir. Bu yapılanma çerçevesinde sağlık hizmeti sunumunda kurumların üstlenecekleri roller Sağlık Bakanlığı tarafından üniversite ile kamuya ait yataklı kurumlar ve özel sektöre ait sağlık kuruluşları olmak üzere bütünlük anlayışı içinde değerlendirilerek hastanelerin rolleri belirlenir. Bu kapsamda hastaneler A I ve A II Grubu Genel ve Dal Hastaneleri ve B; C; D; E Grubu Genel Hastaneler olarak gruplara ayrılır. A I Grubu Genel Hastane en kapsamlı sağlık hizmeti sunumunu gerçekleştirirken E Grubu Genel Hastane 25 yatağın altında olan bir kapasite ile birinci basamak ile teşhis ve tedavi hizmetlerini birlikte veren bir yapıdadır (Hastane Roller 2009, <https://www.saglik.gov.tr/TR,11024/saglik-bolge-planlamasi-hakkinda-genelge-ile-hastane-yatak-ve-rolleri-tescil-onayi-201050.html>, erişim tarihi 31.08.2019).

Çalışmaya dahil olan hastanelerin belirlenmesinde toplam 9 kamu hastanesi, 3 özel hastaneye başvurulmuş olup üç kamu hastanesi olumlu dönüş yapmıştır. Bu bağlamda üç kamu hastanesinin genel özellikleri ise kasaca aşağıdaki gibidir;

A I Grubu Genel Hastane; Bakanlığın belirlemiş olduğu ilgili mevzuat kapsamında en az beş branşta olmak üzere eğitim yetkisi verilmiş ve bu bağlamda

eğitim verecek çalışanlarını belirlemiş, bunun yanı sıra tedavi ve rehabilitasyon hizmeti veren, eğitim ve araştırma süreçlerini yürüten, buna bağlı olarak uzman ve yan dal uzman hekim yetiştiren, genel dal yataklı tedavi kurumları bu gruba girerler.

B Grubu Genel Hastane; A grubunu temsil eden tüm hastanelerin dışında kalan, il merkezine bağlı genel hastaneler ile güçlendirilmek suretiyle ilçelerde faaliyetini sürdüren, dahili branşta 24 saat hizmet veren, acil ve cerrahi branş acil havuz nöbeti tutabilen, kurumda en az ikinci seviye acil servis ve ikinci basamak yoğun bakım ünitesi bulunması yönündeki kriterleri karşılayan genel hastanelerdir.

C Grubu Genel Hastane; güçlendirilmiş ilçelerde veya bu ilçelerle bağlantı halindeki ilçelerde faaliyet göstermek suretiyle, dört ana branşta hekimin hizmet sunması ve ek olarak diğer branşlardan en az ikisi için uzman hekim bulundurması, kurumda en az birinci basamak yoğun bakım ünitesi bulundurmak ve birinci seviye acil servis bulunduran hastanelerdir. Fakat Beşiktaş Sait Çiftçi Devlet Hastanesi ayakta tedavi veren bir hastane olarak bu grupta yer alan tek hastanedir (Hastane Roller 2009, <https://www.saglik.gov.tr/TR,11024/saglik-bolge-planlamasi-hakkinda-genelge-ile-hastane-yatak-ve-rolleri-tescil-onayi-201050.html>, erişim tarihi 31.08.2019).

Hastane seçiminde ise ölçüt örneklemin ön koşulları; SKS puanı 85 ve üzeri olup, ilgili puanı web sitesinde yayımlanmış olmak; Hastanenin Kalite Yönetim Birimi'nin bulunması olarak belirlenmiştir. Tercihen kalite belgesinin bulunması da istenen kriterler olarak belirlenmiştir.

Tablo 3. Araştırmaya Dahil olan Hastanelerin Özellikleri

Kurum Özellikleri	Kurumlar		
	Ok Meydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi	Eyüp Sultan Devlet Hastanesi	Sait Çiftçi Devlet Hastanesi
SKS PUANI-2018	94/100	97/100	97/100
Kalite Biriminin Kuruluşu	2007	2001	2001
Kurumun Grubu	A Grubu Genel Hastane	B Grubu Hastane	C Grubu Hastane
Ek Kalite Belgeleri	Yok	TSE-2001	Yok

Amaçlı örneklem yöntemlerinden ölçüt örneklem tekniği doğrultusunda 3 hastaneyi belirlemede kullanılan kriterler yukarıdaki tabloda her bir hastane için özetlenmiştir.

2.2. Araştırmanın Veri Toplama Teknikleri

Veri toplama araçlarını, görüşme tekniği; doküman inceleme; gözlemler oluşturmuştur. Görüşme tekniği uygulanırken EFQM MM'nin 9 ana kriteri ve onların sahip olduğu 32 alt kriteri ile görüşme sırasında konuyu daha iyi aydınlatabilmek adına sonda (prob) sorulardan oluşan yapılandırılmış derinlemesine görüşme tekniği kullanılmış olup görüşmeler ses kayıt cihazına kaydedilmiştir. Her bir yönetici ile ses kayıt cihazı eşliğinde yapılan görüşmeler 15dk- 55 dk aralığında olup ortalama 35dk sürmüştür ve görüşmeleri tamamlayabilmek adına her bir hastane için ortalama üç gün olmak üzere toplamda 10 gün ayrılmıştır. Bazı hastanelere bulguların kağıda aktarılması aşamasında eksik konuları teyit etmek için tekrar gidilmiştir.

Çalışmada kullanılan görüşme tekniğinin tanımına bakacak olursak alanyazında yer alan Cohen ve Manion'un 1994'te yayımladıkları makalelerindeki tanımı şöyledir; "Bir araştırma tekniği olarak görüşme, araştırmacı ve araştırmanın öznesi konumunda yer alan kişi arasında geçen kontrollü ve amaçlı sözel iletişim biçimidir" (Cohen ve Manion 1994, 271). Kvale (1996, 5)' de görüşme sürecini bir madenci metaforu ile açıklamaktadır. Kvale'ye göre görüşme sürecinde araştırmacı tıpkı bir madenci gibi değerli bir maden aramak için derinlemesine bir kazı çalışması yapmaktadır. Bunu yaparken ortaya çıkarmak istediği sonuçlar çerçevesinde sistematik sorular sorar ve böylece kişilerin düşünüş tarzını, duygularını, yorumlarını gün ışığına çıkarmaya çalışır. Görüşme tekniği kullanmanın temel amacı ise, genellikle bir hipotezi test etmek değil; aksine insanların deneyimlerini anlamak ve bu deneyimleri nasıl anlamlandırdıklarını anlamaya çalışmaktır. Bu sebeple görüşme tekniğinin odağında görüşülen insanların hikayeleri, betimlemeleri ve düşünceleri vardır (Seidman 1991, 3). Başka bir ifadeyle görüşmenin amacı, kişilerin belli özellikleri ne derecede taşıdıklarından ziyade temel amaç, kişinin zihnindeki kültürel kategorilere ulaşmaktır. Görüşmede temel amaç sadece araştırılan şeyi taramak değil, bir madenci gibi derinlemesine kazımdır (McCracker 1988, 17).

Bu çalışmada EFQM MM'de yer alan girdi ve sonuç kriterlerine ait olan 9 kriterin sahip olduğu 32 alt önerme değiştirilmeden ve aynı sırada sorulmuş olup yapılandırılmış görüşme formu kullanılmış ve bunun yanı sıra görüşme sırasında istenen bilginin alınabilmesini sağlamak üzere sonda (prob) olarak isimlendirilen ek

sorular da görüşme sırasında kullanılmıştır. Sondalar sayesinde önermelerin anlaşılmayan tarafları netleştirilerek daha ayrıntılı cevaplar alınması sağlanır (Yıldırım ve Şimşek 2013, 160). Yapılandırılmış görüşmelerde gerek sorulacak sorular gerek sıraları önceden belirlendiği için görüşmeci görüşme planına uygun hareket eder ve plana sadık kalması daha muhtemeldir ve bunun yansırı yapılandırılmış görüşmelerde elde edilen veriler daha hızlı ve daha kolay analiz edilerek yorumlanabilir (Geray 2006, 168).

2.3. Araştırmanın Veri Analiz Yöntemi, Güvenilirlik ve Geçerliliği

Veri analizi yapılırken betimsel analiz benimsenmiştir. Geçerlilik ve güvenilirlik sağlamak için ise Guba ve Lincoln'ün (1982) alan yazına kazandırdığı altın standart olarak ifade edilen kriterler olan; inanılrlık, güvenilebilirlik, onaylanabilirlik ve aktarılabilirlik unsurları kullanılıp olumlu geribildirimler alınmıştır ve sonuçlarla alakalı konunun uzmanları ile mutabakat sağlanmıştır.

Betimsel analiz ile elde edilen bulgular araştırma soruları ile belirlenen temalar çerçevesinde özetlenip yorumlanırken bu aşamada araştırmacı bulgularını okuyucuya sunma aşamasında olabildiğince objektif, tarafsız şekilde yorumlamalarda bulunur (Yıldırım Şimşek 2013, 97). Betimleme, nitel araştırmada son derece önemlidir zira araştırmacı çalışmalarının geçerliğini bu verilere dayandırmaktadır. Betimsel analiz dört aşamadan oluşur, bu aşamalar kısaca şöyledir; birinci aşama araştırma sorularından, araştırmanın kavramsal çerçevesinden, gözlem ve/veya görüşme ile elde edilen boyutlardan yola çıkarak oluşturulan betimsel analizin çerçevesidir. İkinci aşamada oluşturulan çerçeveye göre eldeki veriler okunarak düzenlenir. Üçüncü aşamada veriler tanımlanır ve tanımlamada en üst seviyede doğrudan alıntılar kullanılır. Dördüncü aşamada son olarak tanımlanan bulgular açıklanır, kavramsal çerçeve ile ilişkilendirilir, anlamlandırılır (Yıldırım Şimşek 2013, 25; Yıldırım Şimşek 2008, 224).

Bu çalışmanın tematik çerçevesini bütünsel bir bakış açısına sahip kalite odaklı performans ölçüm sistemi olarak kullanılan EFQM MM'nin girdi ve sonuç kriterleri (Liderlik, Strateji, Çalışanlar, İşbirlikleri ve Kaynaklar, Süreçler, Ürünler ve

Hizmetler, Müşteri Sonuçları, Çalışan Sonuçları, Toplumsal Sonuçlar ve İş Sonuçları) oluşturmaktadır.

Nitel araştırmalarda geçerlilik ve güvenilirliği sağlamada izlenen yol nicel araştırmalarda olduğundan daha farklıdır. Bu farklılığın sebepleri ise nicel araştırma sayısal veriler ile araştırılan olgunun “ne derecede var olduğuna” yönelirken, nitel araştırmalar sayısal verilerden ziyade olgu ve olay örgülerinin niteliğine odaklanır (Özdemir 2010, 328). Guba ve Lincoln (1986, 236) geçerliliğin, araştırma sonuçları nın içinde bulunduğumuz dünya ile izomorfik (eşbiçimlilik) açıdan değerlendirmesinden ibaret olduğunu dolayısıyla gerçekçi ontolojiyi reddeden bir paradigma içinde bu yaklaşımın bir anlamı olmayacağını ifade eder. Bu açıdan bazı bilim adamları pozitivist araştırma dilinin nitel araştırma için yeterli olmadığını belirtmişlerdir (Ely vd. 1991, 955). Hilary Putnam’ın (1974, 240) ifadelerine dayanarak Popper’in yanlışlanabilirlik ilkesini gerçek genel yasaları doğrulamak için veya göstermek için kullanılan “indüksiyon” terimine bir çözüm yolu olarak ele aldığı tanım temelde bilim adamlarının nasıl çalıştıklarını tarif etmemektedir. Oysa “uygulama birincildir”. Nitel araştırmalarda ise durum daha farklıdır. Nitel araştırmalar sonucu ulaşılan veriler, “yanlışlanamazlık” özelliğine sahiptir. Okuyucu için kelimeler sayılara kıyasla daha somut, anlamlı, canlı bir yapıdadır. Bu bakımdan Kahn (1993), yorumlayıcı çatıya sahip nitel araştırmalar için geçerlilik kriterlerinin kullanılmasının yöntemsel bir karmaşaya yol açacağını ifade etmiştir.

Nitel araştırmalarda geçerlilik ve güvenilirliğin yerine geçecek olan daha farklı terimler önerilmektedir; inanılrlık, temsil kabiliyeti ve araştırmacının yetkinliği gibi (Krefting 1991, 215). Lincoln ve Guba (1985) doğal araştırmaya daha uygun olduklarını ifade ettikleri alternatif terimler tanımlamışlardır. Nicel araştırmadan farklı olarak geçerlilik ve güvenilirlik kavramları yerine inandırıcılık (trustworthiness) kelimesini önermişlerdir. Bir çalışmada “güvenilirlik” inşa edebilmek için inanılrlık (credibility), özgünlük (authenticity), aktarılabilirlik (transferability), güvenilebilirlik (dependability) ve onaylanabilirlik (confirmability) olarak ifade ettikleri terimleri doğa bilimcilerin ifadeleri olan iç geçerlilik (internal validation), dış geçerlik (external validation), güvenilirlik (reliability) ve objektiflik (objectivity) terimleri yerine kullanmışlardır (Lincoln Guba 1985, 300). Lincoln ve Guba (1986, 76-77)’nın ifade

ettiği yeni nitel ölçütlerin hangi geleneksel terimlere karşılık geldiği kısaca şöyledir; iç geçerliliğe karşılık olarak inanılrlık, dış geçerliliği karşılık olarak aktarılabirlik, tutarlılığa karşılık olarak güvenilebilirlik, nesnellığe karşılık olarak onaylanabilirlik.

Guba ve Lincoln'ün alanyazına kazandırdıkları ve halen günümüzde popülerliğini koruyan inanılrlık, güvenilebilirlik, onaylanabilirlik ve aktarılabirlik kavramlarına kısaca değinilecektir; (Creswell 2013, 246).

İnanılrlık: İnanılrlığı arttırmada pek çok yöntem vardır. Bunlar; uzun süreli etkileşim, katılımcı teyidi ve uzman görüşü olarak sıralanabilir (Holloway ve Wheeler 1996). Uzun süreli etkileşim sayesinde araştırmacı çalışma grubu ile yeterli zaman geçirdiğinde kendi önyargılarını kontrol etmesi, çalışma grubunun görüşlerini daha iyi anlamasına fırsat verecektir. Bu sayede daha doğru bilgi almasını sağlayabilecek güven ortamı oluşturulmuş olacaktır (Houser 2015; Streubert ve Carpenter 2011). Bu çalışmada da yeterli zaman geçirilerek güven ortamı oluşturulduğuna dair bulgular mevcuttur. Özellikle her görüşmeciyile her bir görüşme seansında ortalama 35dk zaman geçirilmesi ve toplam görüşme süresinin ortalama 3 güne yayılması, bununla birlikte araştırma konusunda görüşme yapılan kişilerin heyecanla katılması, araştırmaya gönüllü katılmaları, destek sağlamak için özel telefonlarını iletmeleri ve her an ulaşılabilceğinin belirtilmesi, kayıt dışı görüşmelerin yapılmış olması ve Prob (sonda) sorular ile görüşülen kişilerin sorulan sorulardan daha fazla ve farklı bir takım bilgiler vermeleri araştırmacı için bir kanıt niteliğinde bulgulardır. Alan yazında belirtilen aynı bireyden birden fazla görüşme ile veri toplanması verilerin gerçeği güçlü bir şekilde yansıtmalarını sağlayacağının ifade edilmesi, benzer şekilde araştırmacı ile görüşülen kişinin arasındaki iletişimin mümkün olduğunca geniş bir zamana yayılması verilerin inandırıcılığı arttıracığı yönünde bilgiler bulunmaktadır (Yıldırım ve Şimşek 2013). Katılımcı teyidi ise katılımcılara çalışma bulgularının kendi düşüncelerini doğru yansıtıp yansıtmadığını sormaya verilmesi olarak tanımlanabilmektedir. En az iki aşamalı olarak gerçekleştirilmelidir. Birinci aşamada katılımcılardan veriler toplanır, ikinci aşamada ise ortaya çıkan bulgular hakkında katılımcılardan geri bildirim istenir. Böylece sonuçların doğruluğu ve bütünlüğü teyit ettirilmiş olur (Holloway ve Wheeler 1996; Houser 2015; Merriam 2013; Streubert ve Carpenter 2011). Bu çalışmada da katılımcı teyidine başvurmuş olup katılımcılardan

olumlu yönde teyit aldık. Uzman İncelemesi araştırma konusunda yeterli bilgiye sahip ve nitel araştırma konusunda uzmanlaşmış kişilerden, yapılan araştırmayı çeşitli boyutlarıyla incelenmesinin istenmesi inanılrlık konusunda alınabilecek önlemlerden biridir (Creswell 2013). Bu çalışmada da nitel araştırma konusunda uzman bir kişiden değerlendirmesini talep ettik ve olumlu geribildirim alınmıştır.

Güvenilebilirlik

Üçgenleme: Bir çalışmanın iç geçerliliğini arttırmada en çok kullanılan stratejilerden biri olan üçgenleme iki ya da daha fazla veri toplama yönteminin ya da iki ya da daha fazla veri kaynağının sonuçlarının karşılaştırılmasıdır. Bu sayede zayıf yönlerin telafisi araştırmanın güçlü yönleriyle mümkün olabilir (Mays ve Pope 2000, 51). Üçgenlemede her majör sonucu desteklemek üzere en az üç bilgi kaynağı kullanılmalıdır. Denzin (1978); veri kaynaklı üçgenleme, araştırmacı üçgenleme, teori üçgenleme, yöntem üçgenleme olmak üzere dört üçgenleme türü önermiştir. Veri kaynaklı üçgenleme; çalışmada çok çeşitli veri kaynaklarının kullanılmasıdır. Aynı konuda farklı kişilerden bilgi alınması olarak ifade edilebilir. Bu çalışmada da EFQM MM'nin 9 kriteri her kurumun Kalite Direktörü'ne sorulduğu gibi aynı sorular ilgi alanları itibariyle kurumun İdari ve Mali İşler Müdürü, Sağlık Hizmetleri Müdürü, Başhekim gibi yöneticilerine de aktarılmıştır. Bununla birlikte çalışmada üç hastanenin yer alması da veri kaynaklı üçgenleme için ideal bir zemin oluşturmuştur. Araştırmacı üçgenleme; verilerin toplanması, analizi ve yorumlanmasında birden fazla araştırmacının yer almasıdır. Bu çalışmada da verilerin analizi konusunda Kalder Değerlendirici Eğitimcisi ve Sabancı Üniversitesi Kurumsal Gelişme Direktörlüğü görevlerini halen yürütmekte olan Salih Arıman'dan puanlandırmanın doğruluğu, betimsel analizler, doküman incelemelerinin doğruluğu ve excel tablosunda her bir kurum için belirtilen mevcut bulgulara yönelik hususlar için görüş alınmıştır. Bu görüşleri Sabancı Üniversitesi binasında yüz yüze görüşme şeklinde almış olup puanlandırma, bulgular, mevcut kanıtlarda görüş birliği sağlamış durumdayız. Aynı zamanda danışman hocam Sn. Mine Afacan Fındıklı ile de analizler konusunda görüş birliği sağlanmıştır. Teori üçgenleme; diğer araştırmacılar veya yazılı alan yazın sayesinde bir çok görüş elde edilme yöntemi olup nitel araştırmalarda yaygın değildir. Yöntem üçgenleme; pek çok veri toplama yönteminin kullanılmasını gerektirir

(görüşme, gözlem, doküman inceleme vb.) (Houser2015; Streubert ve Carpenter 2011). Bu çalışmada da EFQM MM RADAR puanlandırmasını yapabilmek için gerekli mevcut kanıtların sağlanmasında doküman incelemesi, görüşme ve gözlem gibi araçları kullanılmıştır.

Aktarılabirlik (Transferability):

Aktarılabirliğin sağlanmasındaki en temel kanıtlar için nitel araştırmalarda örneklem seçiminin nasıl yapıldığı, araştırmaya katılanların özellikleri ve araştırmanın gerçekleştiği ortamın belirgin olarak ifade edilmesi gerekmektedir (Sharts-Hopko 2002, 84-86). Bu çalışmada da aktarılabirlik kriterleri dikkate alınmıştır.

Onaylanabilirlik (Confirmability):

Bir çalışmanın onaylanabilirliğini sağlamak için ses kayıtları, görüşme notları gibi ham veriler, çalışma bulguları ile ortaya konmuş verilerin analizleri, örnek cümleler, temalar, kodlar ile bulguların oluşturulması, yöntemler ile ifade edilmiş çalışma süreci, amaç cümleleriyle tanımlanmış çalışma hedefleri, araştırmanın ölçümlerinin nasıl gerçekleştirildiğinin (sorular, görüşmeler, gözlemler) ifade edilmesi gerekmektedir (Başkale 2016, 25-26). Bu çalışmada da onaylanabilirlik kriterleri dikkate alınmıştır.

3. EFQM MM İLE SKS HASTANE V5'İN DOKÜMAN İÇERİĞİ BAKIMINDAN KARŞILAŞTIRMASI

Bu karşılaştırma yapılırken SKS Hastane V5'in doküman içeriğinin EFQM MM girdi ve sonuç kriterlerini ne düzeyde karşıladığı teorik olarak da incelenmiştir ve aşağıdaki bulgulara ulaşılmıştır. Karşılaştırma yapılırken kavramsal analiz kullanılmış olup yorumlayıcı yaklaşım çerçevesinde analiz sunumu gerçekleştirilmiştir. Ulaşılan bulgular betimsel analizde elde edilen bulgular ile uyuşmakta olup, çalışmanın geçerlilik ve güvenilirliğini desteklemektedir.

3.1. SKS- Hastane Versiyon - 5 ile EFQM MM'nin Temel İlkeleri Açısından Karşılaştırılması

Her iki model incelendiğinde iki modelin de temel üç sac ayağının olduğunu söylemek mümkündür. EFQM MM'nin temel üç sac ayağı; EFQM MM Temel Kavramları, Girdi - Sonuç Kriterleri ve kurumların özdeğerlendirme yapmasını sağlayan, aynı zamanda puanlamada kullanılan Radar iken (EMM 2013;4-5) SKS-HV5 incelendiğinde de buna benzer 3 sac ayağından bahsetmek mümkündür; SKS-Hedefleri, SKS-Hastane Boyut ve Bölümler, SKS-Hastane puanlandırma Metodolojisi'dir (SKS-Hastane 2016). Bu benzerlikler dikkate alındığında karşılaştırma da bu temel üç sac ayağı üzerinden yapılacaktır.

İki modelin temel kavramlar ve hedefler bakımından benzer bir amaca hizmet ettiğini söyleyebiliriz. SKS-Hastane Versiyon-5; belirlenen hedeflere ulaşılması durumunda hizmet kalitesinden söz edilebileceğini ve kalitenin güvence altına alınabileceğini vurgularken (SKS Hastane 2016), EFQM MM Temel Kavramların bir işletmenin sürdürülebilir başarıyı elde etmesi ve mükemmel bir kültürü oluşturabilmesi için gerekliliğinden bahsetmektedir. Bu bağlamda EFQM MM temel kavramlarının her biri girdi ve sonuç kriterleri ile de ilişkilendirilmiştir (EFQM 2013 Model Kitabı). EFQM Temel Kavramları ile SKS – HV5 Hedefleri ilgi bazında karşılaştırılabilir de içerik olarak SKS – Hastane Versiyon -5 hedefler aracılığıyla kalite güvencesinin sağlanması ve daha büyük planda da başarılan hedefler aracılığıyla Türkiye'deki tüm hastanelerde öncelikli olarak standartların karşılanması amacına hizmet etmektedir (SKS -Hastane 2016).

Aşağıdaki tablo her iki modelin ayrı ayrı sahip olduğu temel kavram ve hedeflerini içerir:

Tablo 4. EFQM MM Temel Kavramları ve SKS -HV5 Hedefleri

EFQM MM TEMEL KAVRAMLAR	SKS - HASTANE V5 HEDEFLERİ
Müşteriler için Değer Katma	Hasta Güvenliği
Sürdürülebilir bir Gelecek Yaratma	Hasta Odaklılık
Kurumsal Yetenekleri Geliştirme	Sağlıklı Çalışma Yaşamı
Yaratıcılık ve Yenileşimden Yararlanma	Süreklilik
Vizyoner, Esin Veren ve Bütünsel Liderlik	Etkililik
Çeviklikle Yönetme	Etkinlik
Çalışanların Yetenekleriyle Başarma	Verimlilik
Mükemmel Sonuçları Sürdürme	Uygunluk
	Zamanlılık
	Hakkaniyet

EFQM MM'nin temel kavramlarını karşılayan SKS Hastane V5 hedefleri ise aşağıdaki tabloda özetlenmiştir;

Tablo 5. EFQM MM Temel Kavramlara karşılık Gelen SKS-Hastane V5 Hedefleri

EFQM MM TEMEL KAVRAMLAR	SKS – HASTANE V5 HEDEFLERİ
Müşteriler için Değer Katma	Hasta Güvenliği, Hasta Odaklılık, Hakkaniyet, Uygunluk, Zamanlılık, Süreklilik
Sürdürülebilir bir Gelecek Yaratma	-
Kurumsal Yetenekleri Geliştirme	-
Yaratıcılık ve Yenileşimden Yararlanma	-
Vizyoner, Esin Veren ve Bütünsel Liderlik	-
Çeviklikle Yönetme	-
Çalışanların Yetenekleriyle Başarma	Etkililik, Etkinlik, Verimlilik, Sağlıklı Çalışma Yaşamı
Mükemmel Sonuçları Sürdürme	

3.1.1. Müşteriler için Değer Katma:

Müşteriler için değer katma; gereksinim beklenti ve fırsatları anlamak suretiyle müşteriye değer katmak olarak tanımlanmıştır. Bunu yaparken de EFQM modeli yedi adımı şu şekilde belirtmiştir; müşteri gruplarını tanımlamak, şeffaf iletişim kurmak, müşteriler için değer yaratmak için tüm paydaşları sürece dahil etmek, çalışanları her yönden güçlendirerek hizmet sunumu deneyimlerini en üst seviyede tutmak; müşteri geri bildirimlerini izlemek, değerlendirmek, performans sonuçlarını denk kuruluşlarla karşılaştırmak ve müşterilerin beklenti ve gereksinimlerini karşılarken çekici ve sürdürülebilir değer sunmak (EFQM Modeli 2013). Bu bağlamda SKS Hastane V5'de Hasta odaklılık; hastanın ihtiyaç, istek ve beklenti ve değerlerinin dikkate alınarak hizmet süreçlerine aktif katılımı, Hakkaniyet; her hastaya eşit şekilde ve fark gözetmeksizin hizmetin sunulması, Hasta güvenliği; hizmetin sunulduğu tüm paydaşların öncelikle zarar görmemesi için tüm tehlikelere yönelik alınacak tedbirler, Zamanlılık; hizmetin kabul edilebilir zaman diliminde sunulmasını, Uygunluk; kişinin mevcut sağlık durumuna zarar vermemek ve fayda sağlamayı, Süreklilik; tıbbi hizmetlerin tedaviden sonra da devamlılığının sağlanmasını ifade ettiğinden (SKS Hastane 2013) tabloda EFQM MM'nin müşteriler için değer katma kavramına SKS Hastane V5'de yer alan altı hedef olan; hasta odaklılık, hakkaniyet, hasta güvenliği, zamanlılık, uygunluk ve süreklilik karşılık gelmiştir.

3.1.2. Sürdürülebilir Bir Gelecek Yaratma

Sürdürülebilir bir gelecek yaratma; performanslarını geliştirmek için mükemmel kuruluşlar, içinde yer aldıkları toplumda ekonomik, çevresel ve toplumsal şartları dikkate alır ve olumlu bir etki yaratırlar. Bunu yaparken de kaynak yönetiminin uzun vadeli olmasını sağlar, faaliyetlerinin ve ürünlerinin yaşam çevrimlerinin toplum sağlığı, güvenliği ve çevreye etkisini ölçer ve optimize eder, insan, çevre ve kazanç odaklı kararlar alır, toplumun faydasına çalışmalarda tüm paydaşların katılımını sağlar ve bunun gibi faaliyetlerle var olması için bugün ve gelecekte sahip olduğu vizyon, misyon, etik değerleri toplumun faydasına olmalıdır. Bu bağlamda SKS Hastane V5’de bu kavramı karşılayan bir hedef bulunmamaktadır.

3.1.3. Kurumsal Yetenekleri Geliştirme

Kurumsal yetenekleri geliştirme; gerek organizasyon içinde gerek dışında meydana gelebilecek değişimi etkin şekilde yöneterek yeteneğini geliştirir. Bunu yaparken de; sahip olduğu ve olabileceği yetenek ve kapasitesini analiz ederek gelişim ihtiyacını stratejik hedefleri doğrultusunda belirler, değer zincirini oluşturur, geliştirir ve zincirin tamamında işbirliği, şeffaflık, etik değerler üzerine kurulu bir kültür oluşturacak bu ve bunun gibi faaliyetlerde bulunur. Bu bağlamda SKS Hastane V5 hedeflerinde organizasyon içi ve dışında değişim yönetimini sağlayarak kurumsal yeteneklerin gelişmesine bir vurgu olmadığı için bu temel kavram karşılanmamaktadır.

3.1.4. Yaratıcılık ve Yenileşimden Yararlanma

Yaratıcılık ve Yenileşimden Yararlanma; performans düzeyinde ve değerde artışı sağlamak için tüm paydaşlarının yaratıcılığına başvurarak yenilik ve iyileştirmede süreklilikten yararlanır. Bunu yaparken de; paydaşlarının fikirlerini almak için bir yaklaşım geliştirir ve süreci değerlendirir, takip eder ve Pazar fırsatlarına uygun olarak yenileşimi yönetir, yaratıcı fikirleri destekler, geliştirir ve uygun zamanda değerlendirir. Bu bağlamda SKS Hastane V5 hedeflerinde bu yönde bir hedef yoktur.

3.1.5. Vizyoner, Esin Veren Bütünsel Liderlik

Vizyoner, esin veren, bütünsel liderlik; geleceğin mimarları olan, kurumun değerlerini ve etik ilkelerini benimseyen, ilham veren liderlik anlayışını ifade eder. Liderlik özellikleri açısından esneklik, çabuk öğrenme ve hızlı yanıt verme, hızlı öğrenme, yenilikçilik, hesap verebilirlik, şeffaflık, davranışlarıyla örnek olma gibi kavramlara vurgu yapılmıştır. Bu bağlamda Liderlik kavramının SKS Hastane V5 hedeflerinde karşılanmadığını söylemek mümkündür.

3.1.6. Çeviklikle Yönetme

Çeviklikle yönetme; fırsatların ve tehdit unsurlarının farkındalığı ile fırsat ve tehditlere yanıt verirken etkili ve verimli olabilmeyi ifade eder. stratejik amaçlarına hızlı organizasyonel yapılanmaların düzenlenmesi ile ulaşmaya, stratejik amaçların performans göstergeleri ile ölçülerek temel süreçlerine etkisinin belirlenmesine, dış çevredeki değişikliklerin belirlenmesine, çevikliğin arttırılmasında teknolojik imkanların kullanımı ve geliştirilmesi gibi konular vurgulanmaktadır. Bu bağlamda SKS Hastane V5 hedeflerinde çeviklikle yönetime karşılık gelen bir hedef yoktur.

3.1.7. Çalışanların Yetenekleriyle Başarma

Çalışanların yetenekleriyle başarma; çalışana değer veren ve bu anlamda kurumsal ve bireysel amaçların gerçekleşmesini sağlamak için çalışanlarını yetkeliendirmeyi ifade eder. Stratejiye uygun şekilde çalışanlar için gereken bilgi beceri ve yetkinliğin ölçümünde performans göstergelerinin tanımlanması, bu yönde planlamalar yaparak çalışanın geliştirilmesi ve elde tutulması, çalışanlarının sağlıklı bir iş /yaşam dengesi kurmasının sağlanması, iyileştirme ve yenileşim sürecine katılımın sağlanması, iletişim gereksinimlerinin anlaşılıp desteklenmesi gibi konular vurgulanmaktadır. SKS Hastane V 5'in hedefleri olan Etkililik; planlanan hedeflere ne düzeyde ulaşıldığı, Etkinlik; işlerin ne düzeyde doğru yapıldığı, Verimlilik; hedeflere ulaşırken minimum düzeyde kaynak kullanımı olarak tanımlandığından dört hedef olan; sağlıklı çalışma yaşamı, etkililik, etkinlik, verimlilik hedeflerinin bu kavramı karşıladığı görülmektedir.

3.1.8 Mükemmel Sonuçları Sürdürme

Mükemmel sonuçları sürdürme; kuruluşların sonuçlarda mükemmelliği sağlarken tüm paydaşlarının gereksinimlerini gerek bugün gerek gelecekte karşılaması olarak tanımlanır. SKS Hastane V5’de sonuçlara atıf yapan bir hedef bulunmamaktadır. Sonuç olarak; EFQM MM temel kavramları ve SKS Hastane V5 hedefleri karşılaştırıldığında; Sürdürülebilir bir Gelecek Yaratma; Kurumsal Yetenekleri Geliştirme; Yaratıcılık ve Yenileşimden Yararlanma; Vizyoner, Esin Veren Bütünsel Liderlik; Çeviklikle Yönetme; Mükemmel Sonuçları Sürdürme, kavramlarının bire bir karşılanmadığını söylemek mümkün olsa da “Yapısal Çerçeve” başlığı altında SKS Hastane’nin beş boyutu olan; Kurumsal Hizmetler, Hasta ve Çalışan Odaklı Hizmetler, Sağlık Hizmetleri, Destek Hizmetleri, Gösterge Yönetimi boyutlarında kısmen ele alındığını görebilmekteyiz (SKS Hastane V5).

3.2. SKS Hastane V5’in EFQM Modelinde Yer Alan 9 Kriteria Göre Karşılaştırılması

SKS-Hastane V5’de yer alan boyutlar ile EFQM MM kriterleri birbirleriyle karşılaştırılabilmektedir. İki modelin kriter ve boyutlarını ayrı ayrı aşağıdaki tabloda görebilmekteyiz.

Tablo 6. EFQM MM Kriterleri ve SKS-HV5 Boyutları

EMM GİRDİ VE SONUÇ KRİTERLERİ	SKS - HV5 BOYUTLAR
Liderlik	Kurumsal Hizmetler
Strateji	Hasta ve Çalışan Odaklı Hizmetler
Çalışanlar	Sağlık Hizmetleri
İşbirlikleri ve Kaynaklar	Destek Hizmetleri
Süreçler, Ürünler ve Hizmetler	Gösterge Yönetimi
Müşterilerle ilgili Sonuçlar	
Çalışanlarla İlgili Sonuçlar	
Toplumla İlgili Sonuçlar	
İş Sonuçları	

Bu tabloya göre EFQM MM kriterlerini SKS-Hastane V5’in hangi boyutları tarafından karşıladığını incelediğimizde aşağıdaki gibi bir tablo ortaya çıkmaktadır.

Tablo 7. EFQM MM Kriterleri ile SKS-HASTANE V5'in Karşılaştırılması

EFQM MM GİRDİ VE SONUÇ KRİTERLERİ	SKS - HV5 BOYUTLAR
Liderlik	Kurumsal Hizmetler, Hasta ve Çalışan Odaklı Hizmetler, Destek Hizmetleri
Strateji	Kurumsal Hizmetler, Hasta ve Çalışan Odaklı Hizmetler, Gösterge Yönetimi
Çalışanlar	Kurumsal Hizmetler, Hasta ve Çalışan Odaklı Hizmetler, Sağlık Hizmetleri, Gösterge Yönetimi
İşbirlikleri ve Kaynaklar	Kurumsal Hizmetler, Destek Hizmetleri
Süreçler, Ürünler ve Hizmetler	Kurumsal Hizmetler, Sağlık Hizmetleri, Hasta ve Çalışan Odaklı Hizmetler, Gösterge Yönetimi
Müşterilerle ilgili Sonuçlar	Kurumsal Hizmetler, Gösterge Yönetimi
Çalışanlarla İlgili sonuçlar	Kurumsal Hizmetler, Gösterge Yönetimi
Toplumla İlgili Sonuçlar	-
İş Sonuçları	Kurumsal Hizmetler, Gösterge Yönetimi

EFQM MM kriterlerinin SKS-Hastane V5'in hangi boyutları tarafından karşılandığını anlayabilmek için EFQM MM kriterlerinin alt kriterleri ile SKS HV5'in bölüm ve standartları incelenmiştir. Bu inceleme ise EFQM MM alt kriterlerinde geçen anahtar kelimelerin SKS Hastane V5 kitapçığında aranmasıyla yapılmıştır. Bu bağlamda elde edilen bulgular EFQM MM kriterleri ışığında aşağıda ifade edilmiştir:

3.2.1. Liderlik

EFQM MM'nde beş liderlik kriterinin sahip olduğu 26 alt kriter ile bu kriterleri karşılayan SKS Hastane V5'de boyutların altında yer alan bölümlere ait standartların kategorilerine göre bir karşılaştırma yapılmıştır. SKS- Hastane V5'de Liderlik kriteri Kurumsal Hizmetler boyutunda yer alan bölümlerdeki standartlar ile karşılanmaktadır. Kurumsal Hizmetler boyutunda yer alan sekiz bölüm; kurumsal yapı; kalite yönetimi; doküman yönetimi; risk yönetimi; güvenlik ve raporlama sistemi; acil durum ve afet yönetimi; eğitim yönetimi; sosyal sorumluluktur. Bu bölümlerin de toplamda 58 standardı vardır. Liderlik kriterini karşılayan ilgili bölüme ait bu standartların çekirdek mi opsiyonel mi olduğuna bakılarak bir karşılaştırma tablosu hazırlanmıştır. Karşılaştırma kavramsal olarak ele alınmıştır ve anahtar kelime taraması yapılmıştır. Tablo aşağıdaki gibidir;

Tablo 8. Liderlik Kriteri ve SKS Hastane V5 karşılaştırması

LİDERLİK	KURUMSAL HİZMETLER, HASTA ve ÇALIŞAN ODAKLI HİZMETLER, DESTEK HİZMETLERİ, GÖSTERGE YÖNETİMİ BOYUTU
Liderlik Alt Kriterleri	Bölümler ve Standartların Kategorisi
1a: Amaç, yön, etik kurallar, mükemmellik kültürünü oluşturur, duyurur ,kuruluşun itibarına katkı sağlar, stratejik odak belirler, kurum çapında paylaşılan bir liderlik kültürü yaratır.	Kurumsal Hizmetler Boyutu: -Kurumsal Yapı Bölümü; Kategori-1 (çekirdek standartlar), Kategori-2 ve Kategori-5 (opsiyonel standartlar) ile büyük oranda karşılamaktadır.
1b: Yönetim sistemlerini oluşturarak, yaşama geçirir, revize eder; temel paydaş odaklı dengeli sonuçlar bütünü tanımlar ve kısa ve uzun vadeli önceliklerini belirler, kuruluşun temel yeteneklerini anlar, sürdürülebilir başarıyı hedefler, karar alırken güvenilir, gerçeğe dayalı bilgiler kullanılır, geleceğe dair tüm riskleri değerlendirir paydaşları için yüksek güven oluşturur.	Kurumsal Hizmetler Boyutu: -Kalite Yönetimi; Kategori-1 (çekirdek standartlar), Kategori-2 ve Kategori-5 (opsiyonel standartlar) -Risk Yönetimi; çekirdek ve kategori-2 standartları -Güvenlik Raporlama Sistemi; çekirdek ve kategori-2 seviyesinde standartlar -Acil Durum ve Afet Yönetimi; kategori -4 standartları ve opsiyonel standart ile büyük oranda karşılanmaktadır. Gösterge Yönetimi: -Göstergelerin İzlenmesi: Çekirdek ve Kategori-4 standartları ile büyük oranda karşılanmaktadır.
1c: Dış paydaşlarla ilişkiler; temel paydaşların farklı istek ve beklentilerini bilir, ilişkilerinde hesap verebilirlik, güven, şeffaflık unsuru hakimdir, performansını şeffaf olarak duyurur, paydaşlarıyla raporlama konusunda şeffaftır, toplumsal yarar sağlamada paydaşlarını teşvik eder.	Kurumsal Hizmetler Boyutu -Kurumsal Yapı Bölümü; Bir opsiyonel standart ile düşük oranda tanımlı -Sosyal Sorumluluk Bölümü; opsiyonel ve Kategori-2 standartları Destek Hizmetleri Boyutu: -Dış Kaynak Kullanımı:Kategori-2 ve Kategori-4 standartları ile düşük/orta düzeyde karşılanmaktadır. -Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri: Çekirdek ve kategori-2 standartları ile düşük/orta düzeyde karşılanmaktadır.
1d: Tanıma, takdir; mükemmellik kültürü çalışanlarla sağlamlaştırılmalı; çalışanlarını yetkilendirerek, hesap verebilirlik, iyileştirme, mükemmellik kültürünün bir parçası yapar, sürdürülebilirlikte liderlerin çabuk öğrenme ve hızlı karar verme becerisinin farkındadır, çalışanlarını kuruluş amaç ve hedefleri doğrultusunda destekler, çaba ve başarılar zamanında takdir edilir, yenileşim kültürü desteklenir, fırsat eşitliği ve çeşitlilik desteklenir.	Kurumsal Hizmetler Boyutu: -Kalite Yönetim Bölümü; Sağlık hizmetleri bölümü; "El hijyeni teşviki için ödüllendirme" çekirdek standardı ile düşük oranda (takdir etme) karşılanmaktadır. *Bunun dışında çalışan davranışını mükemmellik kültürü oluşturacak şekilde güçlendirmeye yönelik Çekirdek/Kategori-2,3,4 standartları ile düşük düzeyde karşılanmaktadır.
1e: Kurumsal değişimin belirlenerek, esneklik kazanılması ve değişim yönetiminin sağlanması; sağlam temelli ve zamanında kararlar alırken esnekliği sağlamak üzere bilgi birikimini en iyi şekilde kullanır, kararlarını "insan, çevre, kazanç" üçgeninde değerlendirir, kararlarında tüm paydaşlarının katılımını sağlar, etkili şekilde değişim yönetimini sağlar, yaratıcı fikirleri geliştirmede yapısal bir süreç kullanır ve uygun fikirleri hayata geçirir.	Kurumsal Yapı Boyutu: -Kalite Yönetimi Bölümü; Çekirdek standart ve Kategori-2 seviyesinde düşük düzeyde karşılanmaktadır. Öte yandan SKS Hastane V5'in bütünü hastaneler için bir kurumsal değişim sağladığından, SKS puanı kurumlar için değişimin başarılı yönetilip yönetilemediğini göstermektedir.

Kaynak: Türkiye Kalite Derneği 2013: Sağlıkta Verimlilik, Sağlıkta Kalite Standartları, Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, Ağustos 5, 2019 tarihinde <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/3460,skshastanesetiv5r1pdf.pdf?0> sayfasından uyarlanmıştır.

EFQM MM'nin beş liderlik kriterinin altında yer alan toplam 26 alt kriterinin değindiği bazı konuların SKS Hastane V5'de karşılığının olmadığını söylemek mümkün. Özellikle yöneticilerin liderlik özellikleri, çalışan çeşitliliğinin (çalışanların, bireyleri benzersiz yapan kişisel özelliklerini anlama, takdir etme ve kullanma ölçüsüdür. Çeşitlilik; yaşla, ırkla, etnik kökenle, cinsiyetle, inançlarla, fiziksel yeteneklerle ve cinsel yönelimle ilgili olabilir.) yönetilmesi konularına hiç değinilmediği, liderlerin dış paydaşlarla ilişkiler yürütülmesi konusuna opsiyonel standart olarak yer verildiği, yenilikçi, yaratıcı fikirlerin geliştirilmesi için yapısal bir süreç oluşturulması konularına opsiyonel olarak yer verildiği görülmektedir. EFQM MM SKS Hastane V5'e göre daha geniş bir liderlik perspektifi sağlamaktadır. (SKS Hastane V5; EFQM Model Kitabı 2013). EFQM modelinde liderlik kalite güvencesinden daha geniş bir açıdan ele alınır ve kapsam olarak TKY kültürünü destekleyip geliştirir (Achilleos ve Ioannou 2000, 129). EFQM MM'nde özellikle liderin değer zincirindeki etkisi tedarikçiden başlar ve kurum içinde liderler çalışanların mükemmellik kültürüne tam katılımını sağlamada direk olarak sorumludurlar. Bu bağlamda da liderlerin son müşteriye kadar değer zincirinde aktif rol oynadığı bir liderlik modeli karşımıza çıkar (Kaya vd 2007, 277-278).

Kalite yönetiminin geliştirilmesi ve tüm kurumda yaygınlaşması için üst yönetimin liderlik rolünü yerine getirmesi ile kalite yönetimi stratejik bir rekabet unsuru olarak tanınabilir (Easton ve Jarrel 1998, 255).

3.2.2. Strateji

EFQM MM'de Strateji dört alt kritere ve 19 alt/alt kritere sahiptir. Strateji kriterlerinin SKS Hastane V5'de; Kurumsal Hizmet Boyutu ve Hasta ve Çalışan Odaklı Hizmet Boyutu ile karşılandığı görülmektedir.

Tablo 9. EFQM MM’de Strateji Kriterleri

STRATEJİ	Kurumsal Hizmetler, Hasta ve Çalışan Odaklı Hizmetler, Gösterge Yönetimi Boyutu
Strateji Alt Kriteri	Bölüm ve Standartların Kategorileri
2a;Bugün ve yarına ait tüm paydaşların beklentilerini stratejisine yansıtır; paydaşların ihtiyaç ve istekleri doğrultusunda stratejilerini oluşturur, hayata geçirir, ekonomik, toplumsal sektörel gelişmeleri yerel ve küresel düzeyde analiz eder, değişimlerin yasalar, yönetmelikler kapsamındaki kısa ve uzun vadeli etkilerini anlar, dış çevre değişimlerini belirler ve potansiyel etkilerini anlar.	Kurumsal Hizmetler Boyutu: -Kurumsal Yapı Bölümü; Çekirdek standart Hasta ve Çalışan Odaklı Hizmetler Boyutu: -Hasta Deneyimi Bölümü: Çekirdek Standartlar Kategori-2 standartları -Sağlıklı Çalışma Yaşamı Bölümü: Kategori-2 Standardı ile orta seviyede karşılanmaktadır.
2b;İç performans ve yeteneklerin anlaşılması, veri ve bilgi analizi, karşılaştırma; operasyonel performans analizlerini yapar, işbirliği içindeki ve gelecekte işbirliği yapılabilecek kuruluşların temel yetkinliklerini analiz eder, teknolojik gelişmeleri ve iş modellerini kurum performansı açısından analiz eder, kurumun kuvvetli yönleri ve iyileştirme alanlarını uygun kuruluşlarla karşılaştırır.	Kurumsal Hizmetler Boyutu: -Kurumsal Yapı Bölümü; Opsiyonel standart -Kalite Yönetimi Bölümü: Çekirdek standart Hasta ve Çalışan Odaklı Hizmetler Boyutu: -Sağlıklı Çalışma Yaşamı: Kategori-5 (opsiyonel standart), kategori-4 standartları ile orta seviyede karşılanmaktadır. Gösterge Yönetimi Boyutu: -Bölüm Bazlı Göstergeler ve Klinik Göstergeler ile Kategori-4 ve opsiyonel standartlar ile orta düzeyde karşılanmaktadır.
2c;Stratejiye yönelik politikalar geliştirme, gözden geçirme, güncelleme; misyon ve vizyonuna uygun şekilde açıkça belirlenmiş strateji ve politikalarını oluşturur, her alanda sürdürülebilirlik için gerekli kaynaklar ile strateji, değer zinciri ve süreç tasarımı sağlar, misyon ve temel sonuçlar arasında neden-sonuç ilişkisi kurar, etkili yöntemler ile stratejik risk yönetimi yapar, temel yetkinlikleri için ve toplumun bütünü yararına değerler oluşturur.	Kurumsal Yapı Boyutu: Doküman Yönetimi Bölümü; Kategori- 2, Kategori - 4 standartları Risk Yönetimi Bölümü: kategori-1 (çekirdek) ve kategori-2 standartları ile orta seviyede karşılanmaktadır. Sosyal Sorumluluk Bölümü:Kategori-5 (opsiyonel), Kategori-2 standartları ile orta seviyede karşılanmaktadır.
2d;Duyurma, Uygulama, İzleme; stratejilerini tüm kuruma değer zinciri boyunca yayar ve değişiklikleri uygun hızda tamamlar, hedeflerini belirlerken başka kurumlarla yaptığı karşılaştırma sonuçlarını kullanır, gelişim için tüm kaynakları sağlar, stratejilerin gerçekleşmesini sağlayan neden-sonuç ilişkilerini kurar, fırsatlar doğrultusunda yenileşimi gerçekleştirmek için politikalarını yayar, strateji ve politikalarını paydaşlarına duyurur.	Kurumsal Yapı Bölümü; Opsiyonel standart ve çekirdek standart ile düşük seviyede karşılanmaktadır. Doküman Yönetimi Bölümü; Kategori-2 ve kategori-4 seviyesinde orta düzeyde karşılanmaktadır.

Kaynak: Türkiye Kalite Derneği 2013: Sağlıkta Verimlilik, Sağlıkta Kalite Standartları, Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, Ağustos 5, 2019 tarihinde <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/3460,skshastanesetiv5r1pdf.pdf?0> sayfasından uyarlanmıştır.

EFQM MM strateji kriterini ele alırken paydaş beklentilerini toplar, değerlendirir ve dış çevrenin de gereksinim ve beklentilerini stratejisine yansıtır. Tüm değişiklikleri küresel ve yerel düzeyde değerlendirir, tüm bunları yaparken temel faktörün iç performans ve yeteneklerin anlaşılmasından geçtiğinin farkındadır ve bu konuda teknolojik unsurların performansa etkisini belirlemek amacıyla veri ve

bilgilerin analizini yapar (EQM Model Kitapçığı 2013). EFQM Mükemmellik Modeli sadece kaliteyle ilgili değil kurumun stratejisi anlamında daha geniş bir bakış açısına sahiptir ve daha geniş kaynaklardan bilgi alır (Russell 2000, 661). Bunun aksine SKS Hastane V5 kurumun kalite politikasının oluşturulmasına paralel olarak uygun politika, amaç ve planlara odaklanır. Stratejilerin gerçekleşmesinde çalışan performansının etkisinin önemine SKS Hastane V5’de yeteri kadar vurgu yoktur. Çalışan performansına opsiyonel standart olarak Hasta ve Çalışan Odaklı Hizmetler başlığı altında yer verilmiştir. Kurumsal yapıda yer alan bölümlerin içinde çalışan performansına değinilmeyip daha çok kalite yönetim sisteminin yaygınlaştırılması yönünde çekirdek kategoride standartlar mevcuttur. Strateji başlığında en temel fark EFQM MM, stratejilerin gerçekleşmesinde tüm paydaşların sürece dahil edilmesi yoluyla stratejilerin hayata geçirilmesinde çalışan performansı ile stratejilerin uygulanması arasında bir neden-sonuç ilişkisi kurarken, bu neden-sonuç ilişkisi SKS Hastane V5’de yoktur. Çalışan performansının kurumsal hizmetler başlığı altında değil de Hasta ve Çalışan Odaklı Hizmetler başlığı altında yer alması bunun bir göstergesi olarak yorumlanabilir. Çalışan odaklı hizmetler başlığı altında iç performansın ölçümüne ilişkin kriterler opsiyonel (puansız) ve kategori-5 standartları ile tanımlanmıştır.

3.2.3. Çalışanlar

EFQM MM’nde Çalışanlar kriteri beş alt kritere ve 25 alt/at kritere sahiptir ve Kurumsal Hizmetler Boyutu, Hasta ve Çalışan Odaklı Hizmet Boyutu ve Sağlık Hizmeti Boyutu ile karşılanmaktadır.

Tablo 10. EFQM MM’de Çalışanlar Kriteri

ÇALIŞANLAR	Kurumsal Hizmetler Boyutu- Hasta ve Çalışan Odaklı Hizmet Boyutu – Sağlık Hizmetleri Boyutu
Çalışanlar Alt Kriterleri	Bölüm ve Standartların Kategorileri
3a. Çalışanlara ilişkin planlama, yönetme, iyileştirmenin yapılması ve kurum stratejisine etkisi için; çalışan performans düzeyleri açıkça tanımlanır, çalışan planları ile strateji ve temel süreçler uyumlaştırılır, çalışan temsilcileri vardır, adalet ve fırsat eşitliğini sağlamaya yönelik süreçler yönetilir, çalışan memnuniyeti anketleri yapılır.	Kurumsal Hizmetler Boyutu: -Kurumsal Yapı Bölümü: Kategori-2 Standardı Hasta ve Çalışan Odaklı Hizmet Boyutu: -Sağlıklı Çalışma Yaşamı Bölümü: Opsiyonel, Kategori-4 Standartları ve Çekirdek Standart ile düşük düzeyde karşılanmaktadır.
3b. Stratejik amaçlar doğrultusunda çalışanların bilgi birikimi ve yeteneklerin geliştirilmesi için etkili planlar yapılır, çalışan performansı değerlendirilir, iyileştirilir, çalışan istihdamı güvence altına alınır.	Kurumsal Hizmet Boyutu: -Eğitim Yönetimi Bölümü: Çekirdek ve Kategori-4 Standartları ile düşük düzeyde karşılanmaktadır.
3c. Çalışanların bireysel ve ekip hedeflerinde yön birliği, katılım ve yetkelendirilmeleri, yenilikçilik, yaratıcılık, açık fikirlilik ve güçlülere hızlı cevap verebilmeleri sağlanır.	Hasta ve Çalışan Odaklı Hizmet Boyutu -Sağlıklı Çalışma Yaşamı Bölümü: kategori-4 standartları ile orta düzeyde karşılanmaktadır. Kurumsal Hizmetler Boyutu: -Kalite Yönetimi: kategori-2 ve kategori-4 standartları Yaratıcılık, yenilikçilik konularına ilişkin bir standarda rastlanmamıştır. Ancak “Değerlendirme dışı kavramının kullanılması ile ilgili kurallar” başlığı altında yenilikçi uygulamaların standardın amacını tam olarak yerine getirmesi durumunda “Karşılanıyor” olarak puanlanacağı belirtilmiştir. Bu standartlar ile orta düzeyde karşılanmaktadır.
3d. Çok yönlü etkili iletişim; çalışanlar kuruluşun bütününde iletişim gereksinimleri karşılanmak suretiyle kurumun stratejik odağı ve başarısını göz önünde bulundurarak ekip çalışmasını tüm değer zinciri boyunca sağlayarak etkili iletişim kurarlar ve bu sayede bilgi, bilgi birikimi, iyi uygulama örnekleri paylaşılır.	Sağlık Hizmetleri Boyutu: -Tüm bölümlerinde Kategori-4 standardı Kurumsal Hizmetler Boyutu: -Kurumsal Yapı Bölümü: Opsiyonel Standart ile yüksek düzeyde karşılanmaktadır.
3e. Takdir, tanıma ve gözetme; şeffaflık ilkesiyle çalışan süreçlerinin yönetilmesini, yenileşim ve iyileştirmelere katılımın teşvik edilmesi, çalışanların iş ve yaşamlarında denge oluşturulmasını, ekip çalışması ve dayanışma kültürünü, çalışan çeşitliliğinin önemsinmesini sağlar.	Kurumsal Hizmetler Boyutu: -Güvenlik Raporlama Sistemi: Çekirdek ve kategori-4 standartları Sağlık Hizmetleri Boyutu: -Enfeksiyonların Önlenmesi: Çekirdek Standardı Hasta ve Çalışan Odaklı Hizmetler: -Sağlıklı Çalışma Yaşamı: kategori-2, çekirdek standart ile düşük düzeyde karşılanmaktadır.

Kaynak: Türkiye Kalite Derneği 2013: Sağlıkta Verimlilik, Sağlıkta Kalite Standartları, Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, Ağustos 5, 2019 tarihinde <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/3460.skshastanesetiv5r1pdf.pdf?0> sayfasından uyarlanmıştır.

EFQM MM “Çalışanlar” kriterini ele alırken kuruluşların çalışanlarına değer veren, her çalışanın kişisel amaçları ile kurum amaçlarının birbirini desteklediği bir kurum kültürü yarattığını kabul eder. Dolayısıyla çalışanların yeteneklerini geliştirir; çalışanlar ile motive edici bir iletişim kurar ve onları adil ve eşitlikçilikle destekleyerek

katılımcılığı teşvik eder (EFQM Model Kitapçığı 2013). EFQM modeli çalışanların katılımını, yetkelendirmelerini, hedeflere ulaşma ve performans değerlendirme ile çalışanlara özen gösterme ve etkili bir diyalog konusunda değerlendirirken daha derinlemesine bir bakış açısına sahiptir (Achilleos ve Ioannou 2000, 130). Mükemmellik yolculuğunda kurumlar bireylerin refahını sağlamalıdır. Hem bireysel hem de iş gelişimi birleştirilmelidir. Beşeri sermaye yönetilirken etik değerler oluşturulmalı, şeffaf, bütünsel, katılımcı, güvene dayalı bir emek ortamı böylece sağlanmalıdır. Kurumlar adalet, eşitlik, tarafsızlık gibi değerler olan kariyer yönetimi ve ücretlerin tasarımından sorumludur (Castilla ve Ruiz 2008, 144).

Barney (1991, 101) beşeri sermayeye (human capital) makalesinde değinmiş, çalışanların becerilerinin bir kurum için tıpkı maddi varlıklar gibi bir şirket varlığı olduğunu ifade etmiş ve bu varlığa beşeri sermaye (human capital) adı altında firma kaynaklarından biri olarak yer vermiştir. Beşeri sermaye çalışanların iş yapma becerilerini, niteliklerini temsil ettiğinden bu bağlamda beşeri sermayenin çalışanların performans gereksinimleriyle de bir etkileşim söz konusudur (Spencer ve Spencer 1993). Bununla beraber kurumlar bilgiyi barındırma ve tutma görevini üstlenmelidirler. Kurumlar uygun çalışma koşullarını sağladıklarında çalışan becerileri, kapasite ve nitelikleri de artacaktır (Castilla ve Ruiz 2000, 144). Dolayısıyla, mükemmellik yolculuğundaki kurumlar insan kaynaklarında avantajlarını arttırmaya yönelik bir odak noktası belirlerler. Bu sayede çalışanların nitelikleri, motivasyonları artırılarak kurumların rekabet gücü küresel düzeyde de artabilecektir. (Chadee ve Kumar, 2001). Bunun için, mesleki gelişim, çalışan memnuniyeti, liderlik unsurları, yaşam ve iş dengesi ile itibarının varlığı motivasyonun sağlanmasında direk olarak teşvik edici durumdadır (Castilla ve Ruiz 2000, 146).

EFQM modelinin “Çalışanlar” kriterine yüklediği anlamdan sonra belirtilen bağlamlar üzerinden “Çalışanlar” kriterine bakacak olursak SKS Hastane V5’de hizmet sunumu gibi temel düzeyde hizmet içi eğitim, enfeksiyon, hasta transferine yönelik iletişim becerilerine çekirdek, kategori-4 seviyesinde standartlar ile değinildiği (SKS Hastane V5), bu anlamda “3d” kriterini yüksek düzeyde karşıladığı, bununla birlikte tüm çalışanların performans göstergelerinin belirlenmesi, yeteneklerinin

geliştirilmesi, yenilikçilik ve yaratıcılıklarının geliştirilmesi, çalışan çeşitliliği gibi konulara çekirdek standart ya da kategori-4 standartlar düzeyinde neredeyse hiç değinilmediğini söylemek mümkündür. Bu anlamda SKS Hastane V5'in en az etkili olduğu alan Girdi Kriterleri içinde “Çalışanlar” kriteri olmuştur. Russell (2000)'in yaptığı çalışmayla uyumlu olarak bu araştırmada da çalışanların kalite hedefleri kapsamında iletişim süreçleri, sağlıklı çalışma yaşamı, eğitim gibi alanlara yönelik olarak “düşük/orta” düzeyde bağlantılar bulunmuştur. Ancak eğitimin daha geniş kapsamda ele alınması, çalışan katılımı ve güçlendirilmesi, ödüllendirme, takdir, insan kaynakları oluşumu gibi konuların mükemmellik modelinde SKS Hastane V5'e kıyasla daha geniş olarak yer bulduğunu söylemek mümkündür (Russell 2000, 661-662).

3.2.4. İşbirlikleri ve Kaynaklar

EFQM MM'nde İşbirlikleri ve Kaynaklar kriteri beş alt kritere ve 26 alt/at kritere sahiptir. Aşağıdaki tabloda 5 alt kriterin genel özellikleri ve bu özellikleri karşılayan SKS boyutu, bölümü ve ilgili standartları verilmiştir;

Tablo 11. EFQM MM'de İşbirlikleri ve Kaynaklar Kriteri

4.İŞBİRLİKLERİ ve KAYNAKLAR	KURUMSAL HİZMET BOYUTU, DESTEK HİZMETLERİ BOYUTU
4.İşbirlikleri ve Kaynaklar Alt Kriterleri	Bölüm ve İlgili Standartlarının Kategorileri
4a. Kuruluş Dışı İşbirliklerinde stratejiyle uyumlu politikalar ve süreçlerin uygulanması, şeffaf, açık, sürdürülebilir ilişkiler kurulması, ortak değerler ve destekleyici ilişkiler kurularak çalışma, olası iş birliklerinin sağlanması	Kurumsal Hizmet Boyutu: -Kurumsal Yapı Bölümü; Opsiyonel standart (KKU07.01), Destek Hizmetleri Boyutu: -Dış Kaynak Kullanımı:Kategori-2, Kategori-4 standartları ile düşük düzeyde karşılanmaktadır.
4b. Finans yönetiminde; kaynakların stratejiyle uyumlu esnek finansal strateji, politika ve süreçlerin uygulanarak yönetilmesi, planlama, raporlama, gözden geçirmeler, kurumsal düzeyde uyumlu finansal yönetişimin sağlanması, uzun vadeli gereksinimler için finansal kaynak ayırma, maddi ve maddi olmayan tüm varlıklar için ekonomik, toplumsal, doğal çevre açısından değerlendirmenin yapılmasını sağlar.	Kurumsal Hizmet Boyutu: -Kurumsal Yapı Bölümü; Çekirdek standart (KKU05) orta düzeyde karşılamaktadır.
4c. Binalar, Donanım, Malzemeler ve Doğal Kaynaklar sürdürülebilir biçimde yönetilirken; finansal ve çevresel açıdan sürdürülebilirliklerini sağlamada ana stratejiye uygun politikaların, süreçlerin uygulanması, maddi varlıkların yaşam çevrim süreleri ile güvenliğini sağlarken toplum sağlığı, çevre ve güvenliğe olan etkilerinin	Kurumsal Hizmet Boyutu: -Risk Yönetimi Bölümü; Çekirdek standart (KRY01, KRY02, KRY03, KRY04) ve Kategori 1 ile karşılanmaktadır. Destek Hizmetleri Boyutu: -Malzeme ve Cihaz Yönetimi Bölümü;çekirdek

ölçülmesi, optimize edilmesini, yasalara uyarak gerekli standartların karşılanması, yerel ve küresel etkinin minimizasyonunu sağlarken sektörün gelişimine her açıdan katkı sağlar.	standartlar (DMC05,08, 09), -Tesis Yönetimi Bölümü; çekirdek standart(DTY08), kategori-2 standartları ve kategori-4 standartları (bina ve donanım) -Atık Yönetimi; çekirdek, kategori-2, kategori-4 standartları ile orta düzeyde karşılanmaktadır.
4d. Teknolojinin yönetiminde; ana stratejiyle uyumlu teknoloji portföyünü yönetirken çevikliğin artırılmasını, yenilikçi teknolojilerin geliştirilmesini, alternatif teknolojileri değerlendirirken kurumsal ve çevresel etkileri dikkate alarak, teknolojinin yaratıcılık ve yenileşimi desteklemesini sağlar.	Destek Hizmetleri Boyutu: -Bilgi Yönetimi Bölümü: çekirdek standart (DBY05, DBY10), Kategori 1, Kategori-4 standartları ile malzeme ve cihazların güvenlik unsurları ele alınmıştır. Ar-Ge, inovasyon çalışmalarına değinilmediği için düşük düzeyde karşılanmaktadır.
4e. Bilgi ve Bilgi Birikiminin yönetiminde; liderlerin kararlarının etkililiğini sağlamak için doğru ve yeterli bilgi almasını, verilerin bilgi birikimine dönüşmesini, paydaşların katkılarıyla yeni fikir ve yenileşimin geliştirilmesini, ilgili paydaşların bilgiye erişimini, öğrenme ve işbirliğini, uygun zamanda fikirlerini gerçekleştirmeyi sağlar.	Destek Hizmetleri Boyutu: -Bilgi Yönetimi Bölümü: çekirdek standart (DBY05, DBY10), Kategori 1, Kategori-4 standartları ile malzeme ve cihazların güvenlik unsurları ele alınmıştır. Bilgi birikiminde paydaş katkılarına değinilmemiştir. Bu çerçevede orta düzeyde karşılanmaktadır.

Kaynak: Türkiye Kalite Derneği 2013: Sağlıkta Verimlilik, Sağlıkta Kalite Standartları, Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, Ağustos 5, 2019 tarihinde <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/3460,skshastanesetiv5r1pdf.pdf?0> sayfasından uyarlanmıştır.

EFQM MM İşbirlikleri ve Kaynakları kriterini ele alırken gerek kurumun işbirliği içinde olduğu dış sektörler, tedarikçiler gerek iç kaynaklarını yönetirken temel strateji ve politikalarına uygun olarak süreçlerini işletir. İşbirlikleri kaynak yönetiminde ele aldığı alt kriterleri ise kuruluş dışı işbirlikleri, finansal yönetim, binalar, donanım, malzemeler ve doğal kaynaklar, teknoloji yönetimi ve bilgi ve bilgi birikimi yönetimidir (EFQM Model Kitapçığı 2013). EFQM modeli hangi kaynakların nasıl daha etkin olarak yönetileceği konusunda spesifik bir görüş sağlar (Achilleos ve Ioannou 2000, 130). Mükemmel kurumlar tedarikçileriyle işbirliklerinde şeffaflık, güven ve dürüstlük ilkeleri ile ilişkilerini yürütür, tedarikçiler ve diğer işbirlikleri farklı yönetim kademelerinde bulunur. Mali kaynakların yönetiminde yıllık bütçe ve sonrasında ortaya çıkabilecek bir takım risklere yönelik harcamaların kontrolünü sağlayan prosedürlere sahip olmalıdır. Ayrıca modelde çevrenin korunması ve kaynakların tüketimi konusu rasyonelleşmelidir yani bir geri dönüşüm tavsiyesi söz konusudur. Süreç yönetiminde ise Ar-Ge çalışmaları ile teknolojik unsurların yönetimi ve inovasyona odaklanmış bir kurum kültürünün varlığı gerekmektedir (Castilla ve Ruiz 2000, 146). Bu bağlamda SKS Hastane V5’de; Binalar, donanım, malzemelerin yönetimine değinildiğini ve çekirdek standartlar ile Kategori 2-4 standartları

tarafından karşılandığını görmekteyiz. Finansal yönetime; kurumsal amaç ve hedeflerin belirlenmesi yönündeki çekirdek standartta iç faktör unsurlarından biri olarak yer verilmekle birlikte maddi ve maddi olmayan varlıkların tümü için toplumsal, ekonomik, çevre açısından değerlendirmelerin yapılması yönünde bir standarda yer verilmediği ifade edilebilir. SKS Hastane V5’de tüm paydaşların katkılarına yönelik bir standardın olmadığı, kurum dışı işbirliklerine opsiyonel standart olarak değinildiği, teknoloji yönetiminde yenilikçilik, yaratıcılık ve yenileşim gibi kurumsal çevikliği arttırıcı unsurlara ve bilgi birikiminde paydaş katkılarına sınırlı düzeyde yer verildiği ifade edilebilir (SKS Hastane V5). SKS Hastane V5 özellikle 4c (bina, donanım, malzemeler) ve 4e (bilgi ve bilginin yönetim unsurları) alt kriterlerini karşılar ve dolayısıyla hizmetin uygunluğunun sağlanması için gereken tesis özelliklerinin belirlenmesi ve hayata geçirilmesi, bakımı, çalışma alanlarının fiziksel olarak uygunluğunun oluşturulması ve yönetimi konularına yoğunlaşır ancak malzemelerin ve diğer kaynakların korunması, bu yöndeki Ar-Ge çalışmaları, geri dönüşüm ve bu kaynakların toplum ve çalışanlar üzerindeki olumsuz etkilerine EFQM MM’ne kıyasla daha sınırlı düzeyde değinir. Çalışma bu bağlamda Russell’in (2000, 662) bulgularıyla benzerlik göstermektedir.

3.2.5. Süreçler, Ürünler ve Hizmetler

EFQM MM’nde “Süreçler, Ürünler ve Hizmetler” kriteri beş alt kritere ve 23 alt/at kritere sahiptir. Aşağıdaki tabloda 5 alt kriterin genel özellikleri ve bu özellikleri karşılayan SKS boyutu, bölümü ve ilgili standartları verilmiştir;

Tablo 12. EFQM MM’de Süreçler, Ürünler ve Hizmetler Kriteri

5.SÜREÇLER, ÜRÜNLER, HİZMETLER	KURUMSAL HİZMET, HASTA ve ÇALIŞAN ODAKLI HİZMET, SAĞLIK HİZMETİ, GÖSTERGE YÖNETİMİ, DESTEK HİZMETLERİ BOYUTU
Süreçler, Ürünler, Hizmetler Alt Kategorileri	Bölüm ve İlgili Standartlarının Kategorileri
5a. Süreçleri tasarlar ve yönetirken; stratejisine uygun olarak süreçlerinin ana hatlarını belirler, kurum dışı işbirliklerini de süreç yönetimine dahil eder, süreç sahiplerinin görev ve sorumluluklarını, süreç performans göstergelerini belirler ve süreç performansının yenilik yaratıcılık ve iyileştirmelerin oluşturucusu olduğunu fark ederek karşılaştırmalar yapar.	Hasta ve Çalışan Odaklı Hizmetler Boyutu -Hasta Deneyimi Bölümü; çekirdek ve kategori-2 standartları. -Hizmete Erişim Bölümü; kategori-4 standartları Yaşam Sonu hizmetler; kategori-3, kategori-4 Sağlıklı Çalışma Yaşamı; kategori-4 standardı Sağlık Hizmetleri Boyutu: -Hasta bakımı bölümü; kategori-4, kategori-2, çekirdek standart. -İlaç yönetimi bölümü; kategori-4, kategori-2 -Enfeksiyonların önlenmesi bölümü; kategori-4

	-Sterilizasyon hizmetleri; kategori-4, çekirdek standart. -Transfüzyon hizmetleri; kategori-4, kategori-2, -Acil servis bölümü; kategori-2, -Ameliyathane bölümü; kategori-4, -Yoğun bakım; kategori-4 -Yeni doğan yoğun bakım ünitesi bölümü; kategori-4, opsiyonel standartları -Diyaliz ünitesi bölümü; kategori-4, kategori-2, çekirdek standartlar -Psikiyatri hizmetleri bölümü; kategori-4, kategori-2, çekirdek standartlar. -Biyokimya laboratuvarı hizmetleri bölümü; kategori-2, çekirdek standartlar, kategori-4 -Mikrobiyoloji laboratuvarı hizmetleri; kategori-2, çekirdek standartlar, kategori-4 -Patoloji laboratuvarı hizmetleri bölümü; kategori-4, çekirdek standartlar, kategori-2 standartları. -Doku tüplene laboratuvarı hizmetleri bölümü; kategori-2, çekirdek standartlar, kategori-4 Gösterge Yönetimi Boyutu: -Klinik Göstergeler: tüm göstergeler ile yüksek düzeyde karşılanmaktadır. Destek Hizmetleri Boyutu: Çekirdek, Kategori-2, opsiyonel standartlar ile yüksek düzeyde karşılanmaktadır.
5b. Ürün ve hizmetlerini tasarlar ve geliştirirken; müşteriler için değer yaratma, pazar araştırmaları (müşteri anketi vs) ile hizmet ve müşteri portföyünü zenginleştirme, değişen müşteri grubu ihtiyacına göre geliştirme ve tasarımını yaparken, ürünlerini yaşam çevrim sürelerine uygun olarak yönetir.	Hasta ve Çalışan Odaklı Hizmetler Boyutu: -Hasta Deneyimi, Hizmete Erişim, Yaşam Sonu Hizmetler Bölümleri; Çekirdek standart, kategori-2, kategori-5 standartları ile yüksek düzeyde karşılanmaktadır. Destek Hizmetleri: -Otelcilik Hizmeti: Çekirdek, Kategori-2, Opsiyonel standartlar ile orta düzeyde karşılanmaktadır.
5c. Ürün ve hizmet tanıtımı ve pazarlamasını yaparken; tanımlanmış olduğu farklı müşteri gruplarının farklılaşan gereksinim ve beklentilerini dikkate alır ve kurumun bir değer önermesi haline getirir, değer önermelerini yaşama geçirirken hedef kitle, pazar konumlandırması gibi pazarlama stratejilerini oluşturur.	Kurumsal Hizmetler Boyutu: -Kurumsal Yapı Bölümü; çekirdek standart ve opsiyonel standart ile orta düzeyde karşılanmaktadır.
5d. Ürün ve hizmet üretme, sunma ve servis sağlamada; müşteri ihtiyaç ve beklentilerine göre oluşturulan değer önermelerinde tutarlılık sağlayarak bir sunumu gerçekleştirir, çalışanların en iyi hizmeti sunması için gerekli kaynak, yetkilendirme ve yetkiler ile donatılmasını güvence altına alır, tüm bunları yaparken kamu sağlığını, güvenliği ve çevreyi dikkate alır ve tüm süreçlerinin performansını uygun kuruluşlarla karşılaştırır.	Hasta ve Çalışan Odaklı Hizmetler Boyutu: -Sağlıklı Çalışma Yaşamı Bölümü; opsiyonel (puansız) standart, kategori-4, çekirdek standart Sağlık Hizmetleri Boyutu: -Hasta Bakımı Bölümü: Çekirdek, kategori-2, opsiyonel standartlar ile Gösterge Yönetimi: -Bölüm Bazlı Göstergeler: Kategori-3 standartları -Klinik Göstergeler: Kategori-3 standartları ile orta düzeyde hizmet üretimi ve sunumuna yönelik olarak karşılanmıştır. *gösterge yönetiminde süreç performansının karşılaştırılmasına yönelik bir standart bulunmamakla birlikte yönetim ekranlarından karşılaştırmalar yapılabilmektedir.
5e. Müşteri ilişkilerini yönetirken; müşteri gruplandırmasını stratejisi doğrultusunda yapıp uygun politika ve süreçler hazırlayarak kısa ve uzun vadeli iletişim ihtiyaçlarını belirler ve şeffaf, açık bir iletişim kurar, müşterilerinin deneyim ve algıları doğrultusunda süreçlerini tasarlar ve müşterilerini sorumlulukları yönünde bilgilendirir.	Hasta ve Çalışan Odaklı Hizmetler Boyutu: -Hasta Deneyimi Bölümü; Çekirdek standartlar (hasta sorumlulukları, bilgilendirme), Kategori-2, kategori-5 standartları ile yüksek düzeyde karşılanmaktadır.

Kaynak: Türkiye Kalite Derneği 2013: Sağlıkta Verimlilik, Sağlıkta Kalite Standartları, Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, Ağustos 5, 2019 tarihinde <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/3460,skshastanesetiv5r1pdf.pdf?0> sayfasından uyarlanmıştır.

EFQM MM “Süreçler, Ürünler, Hizmetler” kriterini tanımlarken tüm süreç, ürün ve hizmetlerini tasarlar, yönetir ve iyileştirmeler yaparken iç ve dış paydaşları olmak üzere tüm paydaşlarına değer üretmek ve bu değeri sürekli arttırmak gayesi taşıdığını ifade eder (EFQM Model Kitabı 2013). EFQM modeli süreçleri ele alırken hedef belirleme konusunda daha fazla yaratıcılık ve inovasyon unsurlarını kullanır ve daha fazla fikir sahibi olunmasını sağlar (Achilleos ve Ioannou 2000, 130). Süreçler iç ve dış müşteriler ile diğer paydaşların beklentilerini dikkate alarak onlara değer katmak zorundadır. Bunu yaparken de kurumun vizyon, misyon ve stratejisi ile bütünlük içinde süreçlere sahip olmalıdır (Castilla ve Ruiz 2000, 147). Bu bağlamda SKS Hastane V5’de süreçlerin tasarım ve yönetimine vurgu yapan EFQM MM’nin “5a” kriterini yoğunluklu olarak “Sağlık Hizmetleri Boyutu”nda yer alan 15 bölümün karşıladığını daha az yoğunlukta ise “Hasta ve Çalışan Odaklı Hizmetler Boyutu”nun karşıladığını görmekteyiz (SKS Hastane). Dolayısıyla SKS Hastane V5’in en fazla etkili olduğu alanı “Süreçler, Ürünler, Hizmetler” olarak ifade edebiliriz. SKS Hastane V5’in odağında hizmet sunmaya yönelik süreçler olduğunu söylemek mümkündür. Ancak burada tüm bölümlerin ağırlıklı olarak verilen hizmete dair süreçlerin tanımında “kategori-4 ile Kategori-2” standartları kapsamında ifade edildiği, daha kritik süreçler ön plana çıkarılarak ağırlıklı olarak bu kritik süreçlerin çekirdek standart ve kategori-2 standartları ile tanımlandığı belirlenmiştir. Ancak süreç yönetimine kurum dışı iş birliklerinin dahil edilmediği, yenilik, yaratıcılık kavramlarına ve karşılaştırmaların yapılması suretiyle süreç performansının değerlendirmesine hiç değinilmediği ifade edilebilir. Varılan bu sonuçlar Russell (2000 662-663)’ın tespit ettiği bulgular ile uyumludur. Bununla birlikte çalışanların en iyi hizmeti sunması açısından SKS Hastane V5’de çalışan sağlığı ve güvenliği konularına çekirdek standart kapsamında değinildiği, sağlık hizmetlerinin performans ölçümü için klinik göstergelerin tanımlı olduğu ve ölçülüp değerlendirilerek iyileştirme çalışmalarının yapıldığı ancak çalışanların ve çalışma yaşamının geliştirilmesi ve performans kriterlerinin belirlenmesi gibi insan kaynakları süreçlerine opsiyonel (puansız) standart kapsamında değinildiği ve bu nedenle çalışanların (hekim ve hekim dışı sağlık personeli) ne düzeyde en iyi hizmeti sunduğunu bütünsel açıdan tam olarak ölçemediği ifade edilebilir.

3.2.6. Müşterilerle İlgili Sonuçlar

EFQM MM “Müşterilerle İlgili Sonuçlar”ı tanımlarken kuruluşların mükemmel sonuçlara ulaşip bu sonuçları sürdürürken müşterilerinin ihtiyaç ve beklentilerini sadece karşılamayıp aşabilmelerini de öngörür. Bu bağlamda kriter, algılamalar ve performans göstergeleri olmak üzere iki alt kritere dikkat çeker. Müşterilerinin kurum hakkındaki algılamalarını; anketler, şikayetler gibi araçlardan yararlanarak ölçebilir (EFQM Model Kitabı). Algıyı ölçmede; itibar ve imaj, ürün ve hizmete yönelik değer, sunum ve kalite garantisi, müşterilerin memnuniyet ve sadakati, sosyal etkinin nasıl algılandığı, müşteri bağlılığı gibi konulara değinilebilir (Castilla ve Ruiz 2000, 147). İç ölçümler vasıtasıyla yapılan performans ölçümleri sayesinde kurumun müşterilerine yönelik stratejilerini belirleme ve performans izleme, iyileştirme vs. yapılabilir. Performans göstergeleri; ürün ve hizmet sunumu, şikayet değerlendirme, müşteri hizmetleri gibi konuları içerebilir (EFQM Model Kitabı 2013).

Tablo 13. EFQM MM’de Müşterilerle İlgili Sonuçlar

MÜŞTERİLERLE İLGİLİ SONUÇLAR	HASTA ve ÇALIŞAN ODAKLI HİZMET ve GÖSTERGE YÖNETİMİ BOYUTLARI
Müşterilerle İlgili sonuçların Alt Kriterleri	Bölüm ve İlgili Standartlarının Kategorileri
Algılamalar	Hasta ve Çalışan Odaklı Hizmetler Boyutu: Hasta Deneyimi Bölümü; Kategori-2 standardı
Performans Göstergeleri	Gösterge Yönetimi Boyutu: Bölüm Bazlı Göstergeler Bölümü; Kategori-4 Klinik Bazlı Göstergeler Bölümü; kategori-4, Opsiyonel standartlar.

Kaynak: Türkiye Kalite Derneği 2013: Sağlıkta Verimlilik, Sağlıkta Kalite Standartları, Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, Ağustos 5, 2019 tarihinde <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/3460,skshastanesetiv5r1pdf.pdf?0> sayfasından uyarlanmıştır.

SKS Hastane V5’de hasta memnuniyet anketlerine kategori-2 kapsamında yer verilmekle birlikte soruların içerik açısından zaman içinde değişen hasta ihtiyaç, beklenti ve portföyü bakımından çeşitlendirilmediği ve sınırlı bir açıdan değerlendirme yapıldığı belirlenmiştir. EFQM MM’de anket sonuçlarına göre kurum stratejisinin belirlendiği daha geniş bir bakış açısı olduğundan yola çıkarak SKS Hastane V5’in daha dar açıdan anketleri değerlendirdiği ifade edilebilir. Bu sonuçlar Russell’in (2000, 663) tespit ettiği bulgularla uyumludur.

3.2.7. Çalışanlarla İlgili Sonuçlar

EFQM MM “Çalışanlarla İlgili Sonuçlar”ı tanımlarken kuruluşların mükemmel sonuçlara ulaşip bu sonuçları sürdürürken çalışanların beklentilerini, gereksinimlerini karşılamakla kalmayıp aşabilen kuruluşlar olarak tanımlamıştır. Algılamalar ve performans göstergelerinden oluşan iki alt kriterin içeriğine bakacak olursak; algılamaların ölçümünde tatmin, katılım, bağlılık, motivasyon ve yetkeliendirme, liderlik, yönetim, yetkinlik, performans yönetimi, eğitim ve kariyer geliştirme, etkili iletişim ve çalışma koşulları gibi konulara değinerek kurumun çalışanlarına yönelik olarak nasıl bir strateji, politika ve süreç belirleyeceğine rehber olabilmektedir (EFQM Model Kitabı). Bu kriter beşeri sermaye unsurları (yetenek, kapasite, değer ve tutumlar) ile bağlantılıdır. Bu bağlantının temelinde bilgi yönetimi ile çalışanların gerek bireysel gerek kurumsal tutkularını açığa çıkarmada ilgili bilgilerini uygulama, geliştirme, birleştirme, paylaşma ortamını sağlamak için tüm faaliyetleri gereğince yapar. Günümüzde temel üretim kaynağının bilgi olduğu göz önünde bulundurulursa çalışanların da bilgi odaklı olması gerekir. Çünkü yetenek, bilgi odaklı bir çalışan ile yakından ilişkilidir (Castilla ve Ruiz 2000, 147).

Tablo 14. EFQM MM’de Çalışanlarla İlgili Sonuçlar

ÇALIŞANLARLA İLGİLİ SONUÇLAR	HASTA ve ÇALIŞAN ODAKLI HİZMET ve GÖSTERGE YÖNETİMİ BOYUTLARI
Çalışanlarla İlgili sonuçların Alt Kriterleri	Bölüm ve İlgili Standartlarının Kategorileri
Algılamalar	Hasta ve Çalışan Odaklı Hizmetler Boyutu: -Sağlıklı Çalışma Yaşamı Bölümü; Kategori-2 standardı
Performans Göstergeleri	Gösterge Yönetimi Boyutu: -Bölüm Bazlı Göstergeler Bölümü; Kategori-4 -Klinik Göstergeler; Kategori-4

Kaynak: Türkiye Kalite Derneği 2013: Sağlıkta Verimlilik, Sağlıkta Kalite Standartları, Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, Ağustos 5, 2019 tarihinde <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/3460,skshastanesetiv5r1pdf.pdf?0> sayfasından uyarlanmıştır.

SKS Hastane V5’de “Çalışanlar”a yönelik algılamaların ölçümünde kullanılan anketlerin içerik olarak EFQM MM’de yer alan konuları tam anlamıyla karşılamadığını söylemek mümkündür. Bununla birlikte özellikle çalışan performansı göstergelerinin tüm çalışanları kapsayacak şekilde ölçülmediği ve bu bağlamda çalışan stratejilerini belirlemede ve belirlenen stratejilerin süreçlere etkisini anlamada yetersiz kaldığını söylemek mümkündür. Russell’in (2000, 663) tespit ettiği bulgular ile uyumlu sonuçlara ulaşılmıştır.

3.2.8. Toplumla İlgili Sonuçlar

EFQM Modeli gerek toplum üzerindeki etkisi, gerek toplumun ihtiyaç ve beklentilerinin ne derecede karşılandığına dair kanıta dayalı veriler ile hareket eder (Achilleos ve Ioannou 2000, 130).

Tablo 15. EFQM MM’de Toplumla İlgili Sonuçlar

TOPLUMLA İLGİLİ SONUÇLAR	BOYUTLAR
Toplumla İlgili Sonuçların Alt Kriterleri	Bölüm ve İlgili Standartlarının Kategorileri
Algılamalar	-
Performans Göstergeleri	-

Kaynak: Türkiye Kalite Derneği 2013: Sağlıkta Verimlilik, Sağlıkta Kalite Standartları, Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, Ağustos 5, 2019 tarihinde <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/3460,skshastanesetiv5r1pdf.pdf?0> sayfasından uyarlanmıştır.

SKS Hastane V5’de toplumla ilgili sonuçlara değinilmemektedir. Toplumla ilgili sonuçların SKS Hastane V5’de ihmal edildiğini söylemek mümkündür. Russell’ın (2000, 663) da yaptığı çalışmada toplumla ilgili anlamlı bir bağlantıya rastlanılmamıştır.

Ekonomik faydanın yanında kurumların sosyal hedefleri de vardır ve bu sayede toplumun refahına önemli katkılar sağlarlar. Bu hedefler, kurumun sosyal faaliyetlerdeki yeri, kurumun içinde bulunduğu topluma katkısı, kaynaklarının sürdürülebilirliği ve kaynakların korunması, organizasyonel faaliyetleri sonucu zararın giderilmesi çalışmaları, kuruluşun değerlendirme uygulamalarının çevre, iş riski, kalite, etik gibi alanlara yayılması olarak sıralanabilir (Castilla Ruiz 2000, 150). Allee’ye (2000, 17) göre, kurumlar sosyal sorumluluğa izin veren daha dinamik bir yapı oluşturabilmeleri ve genel manada katma değer sağlayabilen iş modellerini benimsemeleri için geleneksel yapının daha dışına uzanabilmeliler.

3.2.9. İş Sonuçları

EFQM Modelinde bütünsel bir bakış açısıyla organizasyonun tüm alanlarına dair bir performans ölçümü söz konusudur ve model bu sonuçları sektördeki diğer rakipleri veya benzer organizasyonlar ile karşılaştırma yapılmasını gerektirir (Achilleos ve Ioannou 2000, 130).

Tablo 16. EFQM MM’de İş Sonuçları

İŞ SONUÇLARI	KURUMSAL HİZMETLER BOYUTU
İş Sonuçlarıyla İlgili Sonuçların Alt Kriterleri	Bölüm ve İlgili Standartlarının Kategorileri
İş Çıktıları	-
İş Performans Göstergeleri	Kurumsal Hizmetler Boyutu: -Kurumsal Yapı Bölümü: Çekirdek standart Gösterge Yönetimi Boyutu: -Bölüm Bazlı Göstergeler ile orta düzeyde karşılanmaktadır.

Kaynak: Türkiye Kalite Derneği 2013: Sağlıkta Verimlilik, Sağlıkta Kalite Standartları, Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, Ağustos 5, 2019 tarihinde <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/3460,skshastanesetiv5r1pdf.pdf?0> sayfasından uyarlanmıştır.

SKS Hastane V5’de ise süreç yönetimi odaklı bir izleme ve kontrol mekanizması olduğunu söylemek mümkündür. Dolayısıyla SKS Hastane V5’de “İş Sonuçları” kapsamında tüm paydaşların algılamaları, finansal çıktılar gibi konulara yeterince değinilmediği, iş performans göstergeleri bakımından ise özellikle işbirliği yapılan kuruluşlar ile tedarikçi performansı ve teknoloji, bilgi ve bilgi birikimine yönelik göstergelerin kısmen karşılandığı görülmektedir. Bu bağlamda orta düzeyde bir bağlantının olduğu ifade edilebilir. Bununla birlikte iş sonuçlarına yönelik hedefler konulduğu, SKS Hastane V5’in “Kurumsal amaç ve hedefler” başlığı altında mevcut olduğu ve temel süreç çıktılarına değinildiği görülmektedir. Russell’ da (2000, 663) çalışmasında benzer bulguları ifade etmiştir

EFQM MM’nin tüm kriterlerini SKS Hastane V5 kapsamında rastlanılan bağlantılar açısından özetlemek gerekirse aşağıdaki gibi bir tablo karşımıza çıkacaktır;

Tablo 17. EFQM MM ile SKS Hastane V5’in Karşılaştırılması: Girdi Kriterleri

Mükemmellik Kriterleri	SKS Hastane V5 Karşılama derecesi	Alt Kriterler	SKS Hastane V5’in İlgili Boyut ve Bölümleri
			Kurumsal Hizmet, Hasta ve Çalışan Odaklı Hizmetler, Destek Hizmetleri
Liderlik	Düşük/Orta	1a	Kurumsal Yapı Bölümü; K KU01...KKU08
		1b	Kalite Yönetimi Bölümü: K KY01..... K KY13 Risk Yönetimi:KRY01...KRY05 Güvenlik Raporlama:KGR01...KGR05 Acil Durum ve Afet Yönetimi:KAD01...KAD13 Göstergelerin İzlenmesi:GGİ01...GGİ07

		1c	Kurumsal Yapı:KKU07, Sosyal Sorumluluk:KSS01...KSS04 Hasta Deneyimi:HHD01...HHD13, Hizmete Erişim:HHE01...HHE05, HYS01...HYS08
		1d	Enfeksiyonların Önlenmesi:SEN04 Kalite Yönetimi:KKY01...KKY13
		1e	Kalite Yönetimi:KKY02.03, Kategori-2:KKY05
			Kurumsal Hizmetler,Hasta ve Çalışan Odaklı Hizmetler, Gösterge Yönetimi
Strateji	Orta	2a	Hasta Deneyimi:HHD03, HSÇ12
		2b	Kalite Yönetimi:KKY04,KKY05 Kalite Yönetimi: Sağlıklı Çalışma Yaşamı:HSÇ04, HSÇ05 Göstergelerin İzlenmesi:GGİ01...GGİ07
		2c	Doküman Yönetimi:KDY01,KDY02,KDY03, KDY04, KDY05, Risk Yönetimi:KRY01,KRY02, KRY03, KRY04,KRY05 Sosyal Sorumluluk:KSS01...KSS04.
		2d	Kurumsal Yapı:KKU07,KKU08, Doküman Yönetimi:KDY01, KDY02, KDY03, KDY04.
			Kurumsal Hizmetler,Hasta ve Çalışan Odaklı Hizmetler, Sağlık Hizmetleri
Çalışanlar	Düşük/Orta	3a	Sağlıklı Çalışma Yaşamı:HSÇ01, HSÇ02 Kurumsal Yapı Bölümü:KKU01, KKU02
		3b	HSÇ03, HSÇ04
		3c	KKY12, KKY13 HSÇ11
		3d	HSÇ09
		3e	HSÇ05, HSÇ06, HSÇ07, HSÇ08, HSÇ09, HSÇ10, KGR01, KGR02,KGR03,KGR04,KGR05
			Kurumsal Hizmet, Destek Hizmetleri Boyutu
İşbirlikleri ve Kaynaklar	Düşük/Orta	4a	Kurumsal Yapı:KKU07 DTA01...DTA07
		4b	KKU05
		4c	KRY01, KRY02, KRY03, KRY04, DMC05, DMC08, DMC09, DTY08 DAY01...DAY05
		4d	DBY01...DBY16
		4e	DBY06, DBY07, DBY08
			Sağlık Hizmeti Boyutu, Hasta ve Çalışan Odaklı Hizmetler Boyutu, Gösterge Yönetimi Boyutu
Süreç, Ürün, Hizmetler	Yüksek	5a	Hasta Bakımı:SHB01...SHB23 İlaç Yönetimi:SİY01...SİY15 Enfeksiyonların Önlenmesi:SEN01...SEN12 Sterilizasyon Hizmetleri:SSH01...SSH11 Transfüzyon Hizmetleri:STH01...STH11 Radyasyon

			Güvenliği:SRG01...SRG15 Acil Servis Güvenliği:SAS01...SAS14 Ameliyathane:SAH01...SAH12 Yeni doğan Yoğun Bakım Ünitesi:SYD01...SYD12 Doğum Hizmetleri:SDH01...SDH07 Diyaliz Ünitesi:SDİ01...SDİ14 Psikiyatri Hizmetleri:SPS01...SPS15 Biyokimya Laboratuvarı:SBL01...SBL15 Mikrobiyoloji Laboratuvarı:SML01...SML18 Patoloji Laboratuvarı:SPL01...SPL15 Doku Tipleme Laboratuvarı:SDL01...SDL14 Göstergelerin İzlenmesi:GGİ01...GGİ07
		5 b	Hasta Deneyimi:HHD01,HHD02,HHD03 Hizmete Erişim:HHE05, Yaşan Sonu Hizmetler,” bölümleri ve “Gösterge Yönetimi Boyutu” altında yer alan “Bölüm Bazlı Göstergeler” bölümündeki çoğu standartlar ile yüksek düzeyde karşılanmaktadır.
		5c	Kurumsal Yapı:KKU08, K KU07
		5d	Sağlıklı Çalışma Yaşamı:HSÇ01, HSÇ02, HSÇ03,HSÇ09 Hizmete Erişim:HHE01...HHE05
		5e	Hasta Deneyimi:HHD01...HHD13 Hizmete Erişim:HHE01...HHE05

Kaynak: Türkiye Kalite Derneği 2013: Sağlıkta Verimlilik, Sağlıkta Kalite Standartları, Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, Ağustos 5, 2019 tarihinde <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/3460,skshastanesetiv5r1pdf.pdf?0> sayfasından uyarlanmıştır.

Tablo 18. EFQM MM ile SKS Hastane V5 Karşılaştırılması: Sonuç Kriterleri

Mükemmellik Kriterleri	SKS Hastane V5 Karşılama derecesi	Alt Kriterler	SKS Hastane V5'in İlgili Boyut ve Bölümleri
			Hasta ve Çalışan Odaklı Hizmet, Gösterge Yönetimi Boyutu
Müşteri Sonuçları	Orta	6a	HHD02, HHD03, GBHD01
		6b	"Gösterge Yönetimi Boyutu" altında yer alan "Bölüm Bazlı Göstergeler" bölümüne ait standartların "Çalışan Sonuçları" dışında kalan diğer bütün göstergeler "Müşteri Sonuçları"dır.
Çalışan Sonuçları	Düşük/Orta	7a	Hasta ve Çalışan Odaklı Hizmet Boyutu Sağlıklı Çalışma Yaşamı: HSC11, HSC12
		7b	Gösterge Yönetimi Boyutu Bölüm Bazlı Göstergeler: GBKY01, GBAD01.....GBAD04 GBEY01, GBEY02, GBSÇ01....GBSÇ08 GBEN01
Toplum Sonuçları	-	8a	-
		8b	-
		9a	-
İş Sonuçları	Düşük/Orta		Kurumsal Hizmet Boyutu Kurumsal Yapı: KKKU05
		9b	Gösterge Yönetimi: -Klinik Göstergeler: GKKA01..GKKA17 GKKK01...GKKK02 GKAR01..GKAR14 GKDM01...GKDM20 GKIN01...GKIN19 GKKO01...GKKO10 Bölüm Bazlı Göstergeler: "Çalışan Sonuçları" ve "Müşteri Sonuçları"nda belirtilen göstergeler finansal olmayan sonuçları kapsar.

Kaynak: Türkiye Kalite Derneği 2013: Sağlıkta Verimlilik, Sağlıkta Kalite Standartları, Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, Ağustos 5, 2019 tarihinde <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/3460,skshastanesetiv5r1pdf.pdf?0> sayfasından uyarlanmıştır.

3.3. Radar ve SKS Hastane V5'in puanlandırma Karşılaştırması

Radar kurumlara özdeğerlendirme (self-assessment) olanağı sunarak kurumun güçlü ve zayıf yönleri ile fırsatları görmesini sağlayarak gelişim için bir yol haritası verirken, SKS Hastane V5 iç denetimler aracılığıyla kurumların ne düzeyde standartları karşıladığını ele almaktadır (EFQM Model Kitapçığı 2013; SKS Hastane 2016). Radar'da 5 girdi kriterinin her biri (liderlik, strateji, çalışanlar, işbirlikleri ve kaynaklar, süreçler, ürünler, hizmetler) %10 olmak üzere toplamda %50'lik bir dilime sahipken, dört sonuç kriterinden müşterilerle ilgili sonuçlar ve iş sonuçları %15, çalışanlarla ilgili sonuçlar ve toplumla ilgili sonuçlar %10 olmak üzere toplamda %50'

lik bir dilime sahiptir. Kısacası Girdi kriterleri; %50, Sonuç Kriterleri; %50 olmak üzere eşit bir yüzdelik dağılıma sahiptir (EFQM Model Kitapçığı 2013). Öz değerlendirme sonucunda elde edilen bilgiler kurumlar için iyileştirme planları sağlar ve bu yapıyla stratejik yönetimin uygulanmasına da zemin hazırlar, kurumsal sonuçların sistematik, düzenli ve küresel düzeyde de bir incelemesini sağlar. Sürekli iyileştirmenin yapılacağı alanları teşhis ederek iyileştirme ekiplerinin kurulmasını sağlar ve kurumun tüm çalışanlarını kapsayan bir bilgi akışı oluşturularak sürekli bir etkileşim ortamı oluşturur. Ayrıca kurum dışından gelen bilgilerin de değerlendirildiği “en iyi uygulamalar”dan haberdar olunmasına atıfta bulunur. (Castilla 2000, 151-152). Radar’ın sahip olduğu “Sonuçlar-Yaklaşım-Yayılım-Değerlendirme-İyileştirme” döngüsü sayesinde modelin bütün çalışması yönetilir ve bilgi ve yenilik kavramları sayesinde öğrenen organizasyonlar ortaya çıkar. Müşterilere ve sonuçlara odaklanmış olan kurumlar müşteri beklentilerini daha iyi anlayarak daha kaliteli hizmet sunabilir, olası müşteri isteklerini tespit edebilir ve etkin ve esnek bir organizasyon yönetimi anlayışı geliştirebilir (Castilla 2000, 152-153). Bu bağlamlar açısından SKS Hastane V5’in puanlandırma metodolojisine baktığımızda mükemmellik modelinden en dikkat çeken puanlandırma farklılığı opsiyonel (puansız) standarttan başlayıp Kategori – 1 (çekirdek) standarda doğru kırılımlandırılan standartların 0-10-20-30-50 puan olarak hesaplanmasıdır. Bu puanlandırma incelendiğinde kapsam olarak özellikle Liderlik, Çalışanlar, Strateji kriterlerinin bir çoğu SKS Hastane V5’de opsiyonel (puansız) kriter olarak tanımlanmış durumdadır (SKS Hastane 2016). Bu açıdan iç denetimlerle elde edilen puanlandırma kurumun liderlik, çalışanlar, strateji, toplum, tedarikçiler gibi EFQM MM’nin sahip olduğu temel kriterleri hakkında iyileştirmeye dayalı bir yol haritası sunamayacak, sonuçlar ve sebepler arasında neden-sonuç ilişkisi kuramayacak ve yenilikçi, yaratıcı düşünme, esnek olma gibi stratejik unsurlardan yararlanamayacaktır. Bu anlamda stratejik bir bakış açısı ve sürdürülebilir rekabet avantajı sağlamada kuruma yol gösterici olmada yetersiz kalacaktır.

Sonuç olarak; SKS Hastane V5’in süreç odaklı yaklaşım ile hasta ve çalışan güvenliği ve sağlığına yönelik standartları daha çok öne çıkardığını bu bağlamda daha taktiksel bir strateji izlediğini söylemek mümkündür. Çalışan performansının belirlenmesi, geliştirilmesi ve iyileştirilmesi ile tüm alanlarda yenileşim, yaratıcılık, esneklik ve çeviklik kavramlarına neredeyse hiç değinmediği için bu alanların en zayıf

alanları olduğunu söylemek mümkündür. Yapılan kıyaslama sonuçları Russell'in ISO ve EFQM karşılaştırmasını yaptığı çalışması ile benzerlik göstermektedir. SKS Hastane V5'in ISQua ile akredite olduğu göz önünde bulundurulduğunda ISO 'nun temel yapısı bakımından SKS Hastane V5'in benzerlik göstermesi gerekçesiyle Russell'in çalışma sonuçlarına yakın sonuçlar elde edildiği düşünülmektedir. Mükemmelliği hedeflemiş olan bir sağlık kurumunun ISQua akreditasyonu sağlamış olan SKS Hastane V5 standartları ile mükemmellik yolculuğuna çok iyi bir başlangıç yapabileceğini, bu standartların mükemmellik yolculuğunda gerekli ve yararlı olduğunu ancak sadece standartların gerçekleştirilmesi ile mükemmelliğe ulaşamayacağını söylemek mümkündür. Bu açıdan kurumların kalite güvencesinden kalite yönetimine doğru yapacakları yolculuklarında EFQM Mükemmellik Modeli gibi araçların daha bütünsel bir bakış açısı sağlama potansiyeli göz önünde bulundurarak standartların ötesine geçebilmeyi değerlendirmesi önerilebilir (Russell 2000, 663; EFQM Model Kitabı 2013; SKS Hastane V5).

EFQM Mükemmellik Modeli girdi ve sonuç kriterleri dikkate alındığında iş kalitesini değerlendirmede kullanılabilecek en kapsamlı modeldir. Model iş kalitesini değerlendirmenin ötesinde daha üstün bir kalite anlayışının gelişmesinde sürekli iyileşmeye ilişkin bir garanti niteliği de sunmaktadır . Modelin içeriğinde yer alan öz-değerlendirme yöntemi ile kurumlar sistemli bir şekilde güçlü ve iyileştirilmesi gereken yanlarını fark eder ve kurumları hakkında bütünsel bir değerlendirme yapabilirler. Böylece mükemmellik yolculuğundaki ilerlemeler düzenli ve sistematik olarak ölçülebilir (Hastanelerde Sağlığın Geliştirilmesi Kanıt ve Kalite Yönetimi, Eylül 18, 2019 tarihinde [https:// dosyamerkez. saglik. gov.tr/ Eklenti/4110, kanitkalitepdf. pdf?0](https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/4110,kanitkalitepdf.pdf?0) sayfasından uyarlanmıştır).

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

ARAŞTIRMA BULGULARI

Bu bölümde bulguların sunulmasına dair açıklamalar ve bulguların sunumu gerçekleştirilecektir.

1. BULGULARIN SUNULMASINA DAİR AÇIKLAMALAR

Çalışmada ilgili sorulara en rafine bilgiyi verecek kişilere ulaşılmıştır. Görüşmeler hakkında da nasıl bir yol izlendiğine değinilecek olunursa; ilk hastanede görüşmeyi tanışma sürecinde Eğitim Birimi, Kalite Direktörü, Strateji Birimi Müdürü'nden alınan bilgiler ışığında Kalite Direktörü ve Strateji Birimi Müdürü ile yapmaya karar kılınmıştır. Bu sürece görüşülen yöneticilerle birlikte karar verilmiştir. Görüşmelerde süreç gönüllülük esasına dayanarak ve yeterlilikleri dikkate alınarak şekillenmiştir. Bu çalışmada da hem gönüllülük esası hem zaman ayırabilme süreçleri hem de yeterli bilgiyi verebilme kriterleri düşünüldüğünde ilk hastanede görüşülen kişi sayısı iki olarak belirlenmiştir. İkinci hastanede; dört kişi ile (Kalite Direktörü, Başhekim, Sağlık Hizmetleri Müdürü, İdari ve Mali İşler Müdürü), üçüncü hastanede üç kişi (Kalite Direktörü, Başhekim, İdari ve Mali İşler Müdürü) ile görüşülmüştür. Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile 25.10.2018 tarihinde ilk görüşme başlamıştır. EyüpSultan Devlet Hastanesi görüşme 24.12.2018 tarihinde, Beşiktaş Sait Çiftçi Devlet Hastanesi'nde ise 18.12.2018 tarihinde başlamıştır. Her hastane için görüşmeler 3 iş gününde tamamlanmıştır.

Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile 25.10.2018 tarihinde ilk görüşme başlamıştır. EyüpSultan Devlet Hastanesi görüşme 24.12.2018 tarihinde, Beşiktaş Sait Çiftçi Devlet Hastanesi'nde ise 18.12.2018 tarihinde başlamıştır. Her hastane için görüşmeler ortalama 3 iş gününde tamamlanmıştır. Görüşmelere başlanmadan önce randevu talep edilmiş ve görüşme randevusundan önce yüz yüze tanışma yapılmış, model hakkında bilgi verilmiş, görüşme soruları iletilmiş ve bu hazırlıklardan sonra randevu tarihinde görüşmeler başlatılmıştır. Nitel araştırmalarda geçerlilik ve güvenilirlik kavramları araştırmacıya ilişkin olarak kullanılmaktadır. Görüşmecinin soru soruş biçimi elde edilen verilerin içeriğini ve niteliğini

etkilemektedir (Silverman, 1993, 148; Kvale 1996, 235). Zira görüşme yapılan her bir kişiye aynı sorular aynı sözcüklerle ve aynı biçimle sorulmalıdır, aksi takdirde kişiler aynı soruyu farklı algılayıp kendine göre anlamlandırarak cevaplayabilirler. Bu sebeplerle çalışmaya başlamadan önce model ve kriterleri üzerinden ön görüşme yapıp araştırmacının sorduğu soruların görüşme yapılan kişilerin zihnindeki izdüşümü değerlendirilmiştir. Buna göre EFQM MM kriterlerinde geçen “Müşteri” kavramı ve “Paydaş” kavramlarının nasıl algılandığı üzerinde araştırmacı ve görüşülen kişiler arasında fikir birliği olduğu gözlemlenmiştir. Örnekleme yer alan kişilerin Müşteri kavramını hastaneler için hasta/vatandaş kavramı olarak algıladıkları, Paydaş kavramını ise iletişim halinde olunan ve hizmet alınan tüm işbirlikçiler olarak algıladıkları görülmüştür. Bu sayede sorular hiç değiştirilmeden orijinal haliyle sorulmuştur. Bu şekilde araştırmacıdan kaynaklanabilecek sözcüklerle yönlendirme gibi riskler en aza indirgenmeye çalışılmıştır.

Üç hastanede de Kalite Direktörleri ile EFQM MM’de yer alan 32 kriterin tamamının değerlendirilmesi yönünde fikir birliği sağlanmıştır. Daha sonra diğer yöneticilere ilgili kriterler sorulan sorulara en yetkin cevabın verileceği yöneticilere aktarılmıştır. Bu sayede verilen cevapların hastanedeki uygulamalar bakımından tutarlı olduğu görülmüştür. Üç hastanede de kalite direktörleri ile görüşmeler 3 güne yayılarak tamamlanmıştır. Diğer yöneticilerle en az 1gün en çok 2 gün olmak üzere görüşmeler tamamlanmıştır. Her üç hastane ile görüşmelerin tamamı ortalama üç günde tamamlanmıştır. Görüşmeler ses kayıt cihazına kaydedilmiş ve toplamda her hastane için 3-6 saat aralığında kayıtlar alınmıştır. Bunun dışında hastanenin kullanmış olduğu anket formları, Düzeltici Önleyici Faaliyet formları, performans göstergelerinin neler olduğu gibi konular üzerinden gidilerek doküman incelemesi sürecine girilmiştir. Doküman incelemesinde temel amaç içeriklerinin anlaşılması olmuştur. İçerikler kavramsal ölçüde ele alınırken yine EFQM MM kriterlerinde yer alan “Sonuçlar” başlığı altındaki 4 ana kriterin içerik bilgileri dikkate alınmıştır. Bu süreç de iki çalışma günü süresinde tamamlanmıştır. Görüşme kayıtlarının kağıda dökülmesi süreci her bir hastane için ortalama 7 günde tamamlanmıştır. Görüşmelerden sonra eksik kalan bazı alanların olduğu tespit edilmiş ve tekrar bir görüşme sağlanmıştır. Ses kayıtlarındaki verilerin kağıda geçirilmesi işleminden sonra ise bulguların analizi aşamasına geçilmiştir. Ses kayıtlarını kağıda geçirme aşamasında

görüşme verileri analiz edilirken SKS Hastane V5 kapsamında yapılan uygulamaların ne derecede EFQM MM kriterlerini karşıladığı anlaşılmaya çalışılmış ve kağıda bu bütünlük bağlamında aktarılmıştır. Görüşme verileri olabildiğince en ham şekliyle kağıda aktarılmıştır. Kağıda aktarılma işleminde ses kayıtları en az iki kere dinlenmek kaydıyla analiz edilme sürecinden geçirilmiştir. Bu bağlamda nitel araştırmalarda güvenilirlikle ilgili bir basamak olan ses kayıtlarının yazıya dökümü sürecindeki tutarlılığa Kvale (1996, 236) dikkat çekmektedir. Bu tutarlılığı sağlamada ses kayıtlarının bir bölümü iki farklı zamanda çözümlenerek her iki çözümleme sürecindeki tutarlılığa bakılması gerekmektedir. Bunun için uyuşum yüzdesi (Agreement percentage) formülü kullanımı istenirse önerilmektedir ancak çalışmada bu formül kullanılmamıştır (Croll 1986, 152; Robson 1993, 222; Bakeman ve Gottman 1997, 60).

$$P = \frac{Na \times 100}{Na \times Nd}$$

$$Na \times Nd$$

P: Uyuşum Yüzdesi; Na: Uyuşum Miktarı; Nd; Uyuşmazlık miktarı.

Kağıda aktarılan verilerin analizi kısmında ise EFQM MM'nin özdeğerlendirme ve puanlandırma aracı olan RADAR kriterleri dikkate alınmıştır. EFQM MM'nde yer alan her bir beş girdi kriteri RADAR süreçlerinin değerlendirilmesi aşağıdaki gibi yapılmıştır. RADAR girdi kriterlerini değerlendirirken; yaklaşımın sağlam temelli ve bütünlükli olup olmadığını, yayılımın uygulama ve yapısallık bakımından ne düzeyde olduğunu ve değerlendirme, iyileştirme çalışmalarının nasıl yapıldığını ölçen üç ana başlıkta süreç puanlandırması yapmaktadır (EFQM RADAR Klavuzu 2012). Bu bağlamda görüşmeden elde edilen verileri puanlanırken EFQM MM girdi kriterleri için uygulamada sağlam temelli, bütünsel bir yaklaşım olup olmadığı, bu yaklaşımların uygulamada nasıl bir yayılım gösterdiği ve yapısallık bağlamında esnekliği ve kurumsal çevikliği destekleyip desteklemediği gibi RADAR puanlandırma kriterleri göz önünde bulundurulmuştur. Bu yönde mevcut kanıt olup olmadığı sorgulanmıştır. Değerlendirme ve iyileştirme çalışmaları bağlamında yapılan uygulamaların puanlandırılmasında ise ölçmenin etkililiği ve verimliliği ne düzeyde ölçtüğü ve bunun sistematik bir şekilde uygulanıp

uygulanmadığına bakılmıştır. Ayrıca öğrenme ve yaratıcılık faaliyetlerinin iyileştirme veya yenileşim fırsatlarına dönüştürülmesi yönünde kanıtlar aranmıştır (EFQM RADAR Klavuzu 2012). Öte yandan EFQM MM, Sonuç kriterlerinin puanlandırmasını yaparken RADAR'ın beklentilerini ifade eden; İlgili ve Uygunluk ve Performans olmak üzere iki başlıkta ele alır. İlgili ve uygunluk bağlamında kapsam ve ilgili; bütünsellik ve kırımlar dikkate alınırken, performans değerlendirilirken, eğilim; hedef; karşılaştırma; güven unsurlarına bakılır (EFQM RADAR Klavuzu 2012). Bu bağlamda “Sonuç” kriterlerini değerlendirirken hastanenin temel sonuçlarını da içeren kapsamlı ve tutarlı sonuçlar dizisini tanımlamış olup olmadığı, sonuçların bütünsellik bağlamında zamanında ve güvenilir olup olmadığı, kırımlarının yapıp yapılmadığı değerlendirilmiştir (EFQM RADAR Klavuzu 2012). Performans açısından eğilimlerin nasıl olduğu, hedeflerinin tutarlı bir şekilde başarıyla başarılmadığı, temel sonuçlara yönelik bir karşılaştırmalarının bulunup bulunmadığı, belirlenmiş sebep- sonuç ilişkilerine dayalı olarak, performans düzeylerinin gelecekte de sürdürüleceğine dair güven oluşturup oluşturmadığı değerlendirilmiştir (EFQM RADAR Klavuzu 2012).

2. BULGULARIN SUNUMU

Bulguların sunumu yapılırken Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi kısaca; “OM”, EyüpSultan Devlet Hastanesi; “ES”, Beşiktaş Sait Çiftçi Devlet Hastanesi ise “SÇ” olarak anılmış olup bu sıra ile veriler aktarılmıştır.

1.ANA SORU:

LİDERLİK

Görüşme formunda yer alan liderlik tanımı yapıldıktan sonra kurumun liderleriyle ilgili katılımcıların olumlu görüşleri alınmış olup konuyu derinleştirebilmek adına alt sorulara geçilmiştir.

Alt Sorular:

1a. Liderler kuruluşun misyon, vizyon, değerler ve etik kurallarını oluşturur ve davranışlarıyla örnek olur.

OM yöneticilerinin verdiği cevaplar aşağıdaki gibidir;

Kalite Direktörü:

“SKS kapsamında da buna yönelik kriterler var. SKS V5 ilk yayınlandığında yönetimimizle beraber bir çalışma başlattık, misyon, vizyon, değerlerimizi güncelledik, bununla ilgili kurumsal amaç ve hedeflerimizi belirleyerek hastanemizin web sayfasında hastaların da ulaşabileceği bazı bölümlerde yayınladık.”

Prob (sonda) soru :Kurum olarak sizlerin vizyon, misyon ve değerleriniz göz önüne alındığında kurumsal davranışlarınızın esasını bir temel amaç çerçevesinde tanımlayacak olursanız ne dersiniz?

“Temel amaç hasta ve çalışan güvenliği ve memnuniyetidir. Yaşama geçirilmesi için her birimin yöneticisi var ve aksayan konular toplantılarda dile getirilip, bir çözüm oluşturuluyor. Toplantılar rutin olarak haftalık yapılabildiği gibi gerekli hallerde günlük de toplanıp gerektiğinde iyileşme çalışmaları yönetimimiz tarafından planlanıyor. “

Strateji Müdürü:

“Buna kurumumuz adına katılıyorum. Vizyon, misyon, değerlerimizi oluşturmuş durumdayız. Etik kurallarımız yazılı olarak yok ama etik kurallarımız var. Sağlık Bakanlığı’mızın belirlediği çalışma şartları da bir etik kuraldır. Bunlar yazılı olarak mevcut ve biz de bu kaynakları kullanıyoruz. Liderlerimiz davranışlarıyla da örnektir. Burası çok köklü bir hastane ve burada uzun yıllardır görev yapan personel sayısı yüksek durumda. Özellikle hekim grubunda, klinik şeflerimiz çok uzun yıllardır burada çalışıyorlar. Kurumsal kültürü onlar zaten oluşturuyor. Kurumsal kültür anlamında sayılı hastanelerden biridir ve bu kültür oturmuş durumdadır.”

Eyüp Sultan Devlet Hastanesi yöneticilerinin verdiği cevaplar ise aşağıdaki gibi olmuştur:

Kalite Direktörü:

“Bizim misyon vizyon ve değerlerimiz tanımlı ve sitemizde de yayınladık. Bu söylediklerimizi de her düzeyde ki yöneticilerimizle uyguluyoruz. Bizim için en önemlisi hastanın mağdur olmaması ve tüm çalışanlar da aslında bu görüşle alanda çalışıyorlar.”

Başhekim:

“Tüm bunları oluşturduk ve yayınladık. Liderler bunları düşünür, tanımlar ama kurum kültürüne tamamen yansır mı dersek orası açık alan.”

Sait Çiftçi Devlet Hastanesi yöneticilerinin verdikleri cevaplar aşağıdaki gibi olup, görüşme formunda yer alan alternatif sorularla konu derinleştirilmiştir;

Kalite Direktörü:

“Kurumumuzun vizyonu, misyonu değerleri belirli ve yayınlı durumdadır. Bununla birlikte davranışlarla örnek olma boyutuna gelecek olursak, Bizim kurumumuz başta Başhekimimiz olmak üzere bu ilçenin kaymakamıyla ilçe sağlık grup başkanıyla birlikte hareket eder. Bence en önemli ayırıcı özelliği bu. Örneğin Toplum Sağlığı Merkezinin bir Meme Kanseri Farkındalığı ile ilgili çalışması olduğunda hemen sorumluluk hisseder ve biz de mutlaka sürece müdahil oluruz. Gerek çalışanlarımızla gerek yöneticilerimizle ilçemizde sosyal sorumluluk konularına bizlerin de katılımını çok önemser. Bizim kurumumuzda yöneticilerin kapısı herkese açıktır ve herkesi dinlerler. Başhekimimiz bizim yanımızda oturur, bizimle yemek yer, şeffaf bir yönetim anlayışı vardır. Küçük bir hastane olmamızın da etkisi çok tabi ki. Çalışanlar da yöneticileri yanında istiyor ve bunu da dile getiriyorlar. Aynı sofrada yemek yemek, rahatça derdini anlatabilmek istiyor. Bizde buna çok dikkat ediyoruz yönetim olarak.”

Başhekim:

“Bizim vizyon, misyon ve değerlerimiz tanımlı. Bunun yanı sıra değerlerimizi de oluşturduk ve yayınladık. Benim idareci olarak temel amacım iyi bir ekip kurmak ve bu sayede hedefleri gerçekleştirmek, başarılı olmak. Hedef şu, ekip ruhu uyumlu kişilerden oluşmalı, yani bakış açısı, çalışma anlayışı birbirine uygun olmayan adamlarla yürümez. Ben ekibimi iyice araştırır, gözlemler ve ona göre seçerim, bu konuda da istediğim ekibin kurulması için çok ısrarcı olurum, yani olana kadar pes etmem. Bizim liberal bir yönetimimiz var. Herkesin fikrini alırız. Şartlar el verdiği ölçüde fiziki şartları çalışanlarımızın memnuniyetini esas alarak düzenleriz. Stratejik odağın temeli çalışan ve hasta memnuniyetidir. Biz de çalışanların memnuniyetini önceliklerimiz arasında tutarız. Ben de taşrada hekimlik yaptığımda ben de böyle olmasını isterdim. O nedenle empati kurabiliyorum. Ben başhekimlik odamı dinlenme odası haline dönüştürdüm. Kendi odam giriş katta, bankonun arkasında. Arkadaşlarımız üst kattaki dinlenme odasına gelip çaylarını, kahvelerini içip sohbet edebiliyorlar. Bir kitap, mecmua okuyabiliyorlar. Bunun bir arada çalışmaya çok büyük bir katkısı oldu. Belki küçük görünebilir ama büyük değişiklikler yarattı. Ben onların mutluluklarını, hoş sohbetlerini duyunca çok mutlu oluyorum. Geçenlerde burada SKS’den çok iyi bir puan aldığımız için bir kutlama yaptık tüm çalışanlarımızla. Bizim bütün amacımız hedefleri tutturmak ve bunu çalışanlarla yapmak, hekimlerin memnuniyeti, idari kadronun memnuniyeti, ekip çalışmasının başarısına ve dolayısıyla sonuçlarımıza da yansıyor. Bahçemize kamelya koyduk, yazları da orada bir sosyal ortam oluşturuyoruz. Öğle arası otursun, dinlenilsin istedik. Bazen küçük toplantılarımızı orada yapıyoruz. Buna rağmen çalışan memnuniyetimiz %80lerde, daha yüksek olmasını isteriz. Burada çalışanlar dışarıyla karşılaştırmayınca avantajlarını göremiyorlar, ama dışardan gelen biri burayı daha iyi değerlendiriyor. Yataklı tedavi kurumu olmamasının çalışanlara büyük avantajı var. Türkiye’de tektir. Ayaktan tedavi veren bir hastaneyiz. Günlük 2000’e yakın hasta bakıyoruz. Bir bahçe düzenlemesine de emek verdik. Müthiş bir düzenleme vardır eskiye nazaran. Nerdeyse ödüllü olacak. Girişimizi düzenliyoruz. Kolonların etrafını oturma minderleri ile kapladık ve bu uygulamamızın örnek olmasını da istiyoruz. Hem alanı değerlendirmiş oluyoruz, ek dinlenme, bekleme alanı oluşturuyoruz hem de

daha şık bir görünüm elde ediyoruz. Dışardan giren güzel bir hastaneye girdiğini dış ortamdan anlıyor bu da farkına varmadan özgüven veriyor kuruluşun itibarını, imajını daha olumlu algılıyor. 2019'un içinde bankoları değiştireceğiz. Motivasyon açısından fiziki ortamların ve yönetim anlayışının insana bir şeyler kattığı kanaatindeyim, görüyorum. Bu müthiş bir güçtür. Çalışanların ortak paylaşacakları hastane dışı gibi görünen yerlerin oluşması kadar motivasyonu arttıran başka bir şey yoktur. Şimdi ki yeni planlarımızda dinlenme odasına daha bir cafe görünümü vermek var. Hem kahve hem semaver koyma planımız var. Daha bir hastane dışı gibi bir ortam yaratabilmek istiyoruz. Otoparkımızı açtık, buranın tarihinde ilk oldu. Bizim ekibimiz örnek ekiptir. Küçük bir hastane ama, hepimiz birbirimize sırtımızı dönebiliriz, birbirimize güvenimiz tamdır. Çünkü bakış açımız aynıdır. İş odaklıyız. Bunu da kültür olarak oturttuğumuzu düşünüyorum. Dışarıdan bakınca da bu böyle algılanıyor.”

Verilen cevaplar ışığında RADAR puanlandırma kriterleri dikkate alınarak yapılan betimsel analiz aşağıdaki gibidir;

1a. Liderler kuruluşun misyon, vizyon, değerler ve etik kurallarını oluşturur ve davranışlarıyla örnek olur.

Üç hastane de kurum vizyon, misyon, değerler konusunda bir çalışma yapıp, gerekli revizyon süreçlerini uygulamakta ve duyurularını yapmaktadır ancak etik kurallar ve bu yöndeki davranışlarının esasını temel bir amaç çerçevesinde tanımlamamıştır. Kurumun liderleri bizzat bu çalışmalara katılarak süreçte aktif rol almışlardır. Bununla birlikte “Etik Kurulları” olduğu, köklü hastaneler olmasının etkisiyle de sağlam bir kurum kültürünün olduğu, liderlerinin de kurumun köklü kurum kültürüne uygun hareket ettikleri ifade edilmiştir. Kalite çalışmalarının temelini SKS kriterlerinin uygulanması oluşturduğundan bu anlamda liderler SKS kriterlerinin yaşama geçirilmesini sağlamada aktif ve etkin rol oynamaktadırlar. Bunu sağlarken kalite odaklı süreç toplantılarına bizzat katılım sağlamaktadırlar. Çalışanlarını kalite hedefleri doğrultusunda yönlendirmekteler. Kurumlar itibarlarını arttırmaya yönelik olarak bir takım uygulamalar yapmaktadır. Örneğin; OM, eğitim hastanesi olması sebebiyle çeşitli alanlarda sertifikalı eğitimler vermektedir. Bununla birlikte çıkarmış oldukları bir dergileri vardır. ES; Kurum itibarını arttırmaya yönelik olarak bir takım uygulamalar yapmaktadır. Örneğin; TRSM ‘nin yapmış olduğu sosyal sorumluluk projeleri mevcuttur. Bununla birlikte kurum TSE belgesini 2001 yılında almıştır ve SAS başvuru aşaması için hazırlıklar yapmıştır, fakat başvurusu kabul edilmesine rağmen devamını mali kaynak yetersizliği nedeniyle getirememiştir. SÇ de kurum

itibarını arttırmaya yönelik olarak bir takım uygulamalar yapmaktadır. Örneğin bölgede gerçekleştirilen kanserle ilgili farkındalık çalışmalarına katılım göstermektedirler. Üç hastane de açık bir yön ve stratejik odak olarak “hasta ve çalışan güvenliği ve memnuniyeti” hedefi belirlemiş ve bu amaç çalışanlar ile SKS çalışmaları kapsamında da paylaşılmaktadır. ÇMA (Çalışan Memnuniyeti Anketi) ve HMA (Hasta Memnuniyeti Anketi) sonuçlarına bakıldığında hedeflerine ulaşıldığı ifade edilmektedir. Bununla birlikte OM’de “beyaz kod” çağrısının hemen her gün en az bir kere gerçekleştiği de ilave edilmiştir. Bunun nedeni olarak da başvuran hasta profilinin sosyoekonomik durumunun, eğitim düzeyinin çoğunlukla düşük olması vb. nedenler ifade edilmiştir. ES’nin stratejik planları ve faaliyet raporları mevcuttur, bu yönde web sitesinde faaliyet raporunu yayınlamakta ve her yıl revize etmektedir. “Beyaz Kod” durumu azalma göstermekle birlikte hedeflenen seviyede değildir. Dikkat çeken bir diğer hedefleri ise “Çekinik (Defansif) Tıp Uygulamaları” konusudur. Bu açıdan hedeflerine henüz ulaşamadıkları raporda belirtilmiştir. SÇ’nin stratejik planları, amaç ve hedefleri mevcuttur. Ancak web sitesinde SKS’de yayınlama zorunluluğu olmadığı için yayınlamamaktadır. “Beyaz Kod” açısından son derece olumlu göstergeleri vardır. Beyaz Kod neredeyse hiç olmamaktadır. Üç hastane de liderlik kültürü oluşturmuştur ve liderlik yaklaşımı ve yetkinliği konusunda liderlere yönelik bir geribildirim çalışmaları bulunmaktadır. ÇMA’nde yöneticilere yönelik çalışanların algısını ölçmeyi amaçlayan sorular bulunmakla birlikte, kapsamı dar olan kriterin değerlendirilip iyileştirme çalışması yapılmamaktadır, bu konuda liderlik eğitime yönelik göstergeler kullanılmamaktadır. Liderlerin yenilikçi girişimleri her ne kadar arzu edilse de mali ve personel imkanlarındaki sınırlılık nedeniyle kısıtlı alanlarda mevcuttur, tüm süreçlerde yaygınlık yoktur. Liderlik eğitimleriyle alakalı kurum içinde henüz bir çalışmaları yoktur.

1.b. Liderler kuruluşun yönetim sistemi ve performansına ilişkin iyileştirmeleri tanımlar, izler, gözden geçirir.

Kalite Direktörü:

“Bahsettiğiniz iş ölçümü ise Bakanlığın yayınladığı yeni kriterler var, bunları ayrı olarak Verimlilik Kriterleri adıyla yeni yayınladı. Orada yönetici kriterleri başlığı altında her birimin yaptığı işlem sayısı, baktığı hasta sayısı, reçete edilen miktar gibi değerler var, bunlar oradan değerlendiriliyor.”

Prob (sonda) soru: Verimlilik kriterleri sonucunda değerlendirmelere yönelik iyileştirmeler yapılıyor mu, bu yönde aksiyonlar alınıyor mu?

“Verimlilik kriterlerinde amaç zaten bu kriterlerin yönetici tarafından görülmesi, analizinin yapılması ve aksayan yönlerin belirlenerek, iyileştirme çalışmalarının yapılması isteniyor. Henüz çok yeni, herhalde 2-3 ay gibi bir süre oldu bu kriterler yayınlanalı, bunlarla ilgili bilgi işlem çalışması sürecindeyiz. Şu anda henüz değerlendirme yapılamadı çok yeni olduğu için. Örnek verecek olursak A biriminin muayene etmiş olduğu hasta sayısı beklenen şu kadarken daha az muayene etmiş ya da daha çok muayene etmiş gibi değerlendirmeler yapılabilecek.”

Prob (sonda) soru: Verimlilik kriterlerini bir çok anlamda kullanabileceksiniz. Örneğin gelecekteki performansı iyileştirmek amacıyla bu size bir yol haritası sunacak mı?

“Evet şöyle ki örnek verecek olursak laboratuvarında bakılan numune sayısı, verilen sonuç sayısı gibi parametreler var, onlara bakarak bir sonraki dönemde ihale yaparak belki bunu göz önünde bulundurup ona göre bir ihaleye çıkılabilir. Ya da acile başvuran hasta sayısı var. Biz acile başvuru kapasitesini üç aşağı beş yukarı biliyoruz ama buna göre ihtiyaç duyulan malzeme sayısı daha da netleşmiş olacak. Ama işte dediğimiz gibi bu sistemin oturması için alt yapı çalışmalarının bitmesi gerekecek, bu da bir süreç olacak.”

Strateji Müdürü:

“Kalitenin dışında da verimlilik standartlarında parametreler var biliyorsunuz. Kalite Direktörümüz de gerekli uyarıları yapıyor bize, biz de yönetimle bunları paylaşıyoruz. Verimlilik çıktığından beri bunlar hem başhekim yardımcıları hem başhekimler bazında, hem de diğer yöneticiler bazında takip ekranlarında herkes kendi sorumlu olduğu alanlarının verimlilik ve etkinliğini daha iyi denetliyor ve denetleyecek. Yeni bir uygulama, bu seneki denetimi bekliyoruz, denetimden sonra daha da yoluna gireceğini düşünüyoruz. Kriterler çok iyi çünkü.”

Prob (sonda) soru: Verimlilik kriterlerinin ek ödemeye bir katkısı olacak mı?

“Şöyle ki biz bu sistemle etkinliği kontrol ediyoruz, örneğin ameliyat grupları bizim hepimizin döner sermayesini etkilediği için hangi giderlerimizi azaltabileceğimize de bakmamızı sağladığından, dolaylı olarak döner sermayeye katkısı oluyor, böylece ek ödememiz de artmış oluyor. Ben verimlilik kriterleri denetçisiyim aynı zamanda. Örneğin gereksiz istenen tetkikler var mı ve nasıl azaltılabilir diye bir çalışma yapılırsa bu gideri azaltacağından ek ödemeye katkısı olacaktır. Ya da A grubu ameliyat sayısını arttırdığımızda ki bunlar özellikli ameliyat grubudur, bu tüm çalışanların ek ödemesine katkı sağlar. Şu ana takip edilme aşamasında, verimlilik bunu kattı bize.

Prob (sonda) soru: SKS de böyle bir uygulama var mı?

“SKS’de de var, zaten ben verimlilik kriterleriyle SKS’yi birbirinden çok ayırmıyorum. Aslında aynı daire başkanlığında farklı kriterler var ama temeli aynı. Çelişmiyorlar ama sadece bazı kriterlerde rakamsal olarak gün bazında değerlendirmeler olabiliyor. Verimlilik kriterleri sadece çalışmaya daha yakından bakıyor ve verimlilik açısından istatistik vermiş oluyor. Aynı daire başkanlığında farklı iki denetim geçiriyor olsak da kökenleri aynı. SKS daha köklü bir yaklaşım sunarken, verimlilik kriterleri daha iş sonuçlarına odaklı diyebiliriz. SKS olmasa zaten verimlilik kriterleri diye bir şey de olmazdı bence. Önceden ek ödeme puanını SKS etkiliyordu, keşke geri gelse, çünkü sahada bir defans oluyor, yani herkes para için çalışıyor maalesef böyle bir şey var. İşimizi yapıyoruz ama kağıt işine gelince “ben zaten işimi yapıyorum birde bunlarla mı uğraşacağım” mantığına geliyor. Ama bu ek ödemeye yansıyor dediğinizde bir şekilde zaman bulunuyordu, motivasyon artıyordu. Bu anlamda kalite ekibinin işi zorlaştı bence. Aslında SKS hukuki sorumluluk anlamında da koruyucu, tabii insanlar başa gelmeden çok fazla sorunlara eğilmek istemiyorlar. O yüzden bence yine etkilemeli. Umarım bu karardan geri dönülür.

ES hastanesi cevapları;

Kalite Direktörü:

“Yönetim aslında tüm süreçlerdeki izlenebilirliği görmek ve izlemek zorunda. Şu anı izleyerek, sıkıntıları görerek bir sonraki süreci planlayabilmek durumundayız. Bizim her birim için hedeflerimiz var. O hedeflere göre değerlendirmelerimizi yapıyoruz. O hedeflerin çok çok üstündeyse bir sonraki dönem için öngörü olarak değişikliğini yapıyoruz. Mesela bizim 2018 yılına ait olan faaliyet raporumuz gelecek yılki hedeflerimizi belirlememizde bir vizyon oluşturuyor. Tabii biz faaliyet raporunu 2019-2022 dönemlerini kapsayacak şekilde çalışıyoruz. Geçmişe bakarak geleceği planlamak durumundayız. Genellikle biz ölçme değerlendirme sonuçlarımızdan feyz alıyoruz. Örneğin yatak doluluk oranında düşme var ise neden kaynaklandığını anlamak için kök neden analizi yapıyoruz. Bunları izlemesek fark da edemeyeceğiz, bu konu aslında bize de gelmeyecek bir konu. Biz bunları ölçtüğümüz için geliştirme yapabiliyoruz.”

Başhekim:

“Burada Bakanlığın istediği ve belirlediği bazı uygulamalar var, tabii bizim de bu uygulamalara ilavelerimiz var. Bunlar istatistiki faaliyet gerektirdiği için bazen de çok abarttığımızı düşünüyorum performansın ölçülmesini. Burası küçük bir hastane ve şu anda tüm kriterlere bakarsak burada SKS ve Verimlilik kriterlerini birlikte düşünüyorum 400’e yakın gösterge var.”

“Gösterge çok fakat çok rafine bir ekiple takip edilmesi gereken, güzel bir alt yapıyla ancak takibi yapılabilecek bir şeydir. Yazılım desteği de çok önemli. Tüm bunlar var fakat burada bir istikrarsızlık söz konusu, yani kurumlar neyi izleyeceklerini istikrarlı bir şekilde bilmiyorlar çünkü bu önümüzdeki sene

değişebilir, bir dahaki sene değişebilir, geçen sene değiştiği gibi. Bu kadar değişim doğru değil tabii. Bu tür kurumsallaşmış kurumların standart takip ettikleri göstergeleri vardır. Bunlar devam eder. Şu anda performans ölçüm kriterleri çok ve bilgi işlem desteği yeterli değil.”

SÇ hastanesi cevapları;

1b. Liderler kuruluşun yönetim sistemi ve performansına ilişkin iyileştirmeleri tanımlar, izler, gözden geçirir ve yönlendirir.

Kalite Direktörü:

“Performansa ilişkin ek ücretlendirmeye tabii olan süreçlerimiz var örneğin ek ödemenin tüm personele eşit olarak dağıtılması gibi bir uygulamamız var. Çünkü böyle bir talep geldi ve bizde bu yönde değerlendirdik. Bunun dışında performans iyileştirme gibi durumların tanımlanması devlet kurumunda zor oluyor. Bunun tanımını yapamıyoruz ve istenilen düzeyde iyileştirme yapamıyoruz. Genellikle sahada herkes çok yoğun çalışıyor, belli bir yıldan sonra geri hizmete, idari kadroya geçme isteği oluyor ama bunu sağlamak zor oluyor, çünkü idari kadro belli ve bunun üstüne çıkamıyoruz. Yani kısaca personel performansı ölçümü çok çok kısıtlı maalesef. Aslında SKS’de opsiyonel olarak var ama yaptırımı yok, eğer yaptırımı olsa yani çekirdek kriter olsa alanda herkes onun üstüne düşer. Yönetim sistemi olarak temelde SKS var ve Verimlilik Kriterleri genellikle kullanılıyor, bunun dışında bizler ek bir sistem kullanmıyoruz.”

Başhekimlik:

“Yönetim sistemi ekranlarımız var, örneğin verimlilik ekranları gibi. Tıbbi hizmetler mali değerlendirmeler, acil değerlendirmeler, SKS standartları, Karar Destek Sistemleri (KDS), depolar gibi hepsini gördüğümüz Bakanlığın getirdiği Sağlık Yönetim Sistemleri Yönetici Değerlendirme Ekranları var. Buralardan gerekli öncelikleri değerlendirebiliyoruz.”

Prob (sonda) soru: Tüm paydaşlarınız için beklentileri karşılayabilmek, değerlendirebilmek anlamında bir performans ölçümü yapabiliyor musunuz? Örneğin hekimler için performans ölçümü varken, hekim dışındaki personel için bir performans kriteri var mı?

Cevap: “Bizim takip ettiğimiz bazı kriterler var. Örneğin hemşirenin alanı dışında çalışmaması yönünde bir kriter var. Hemşireyi alanı dışında çalıştırıyor musunuz, buna bakıyor Bakanlık veya personelin mesleği dışında çalışmaması yönünde bir kriter var.”

Prob (sonda) soru: Alanda gözlemlediğimiz kadarıyla örneğin bir hemşire için uzun vadede idari işler bir motivasyon kaynağı olabiliyor, masa başı çalışmak

isteyebiliyor. Ama bir yandan da alan dışı bir çalışma birimi oluyor. Buna nasıl bakıyorsunuz?

Cevap: “Orada bir yanılgı var, hekimi çekin, onlar dışında en kalifiye eleman hemşirelerdir, en zekilerdir. Kalite, TİG (Teşhis İlişkili Girdiler), Verimlilik gibi çok önemli ve kritik alanlarda hemşirelerin çalışması aslında kurumun lehine. Hem sağlık işlem süreçlerini biliyor aynı zamanda bunların bir kısmı gerçekten çok zeki. Hemşireler idare ve kalite açısından hastanenin en önemli elemanları. Kaliteye zeki bir hemşireyi koyun arkanıza bakmayın. Bizim kurumumuzda yüksek lisansını yapmış, yabancı dili olan iletişimi kuvvetli çalışanlarımız var, bunun yanı sıra kendini kanıtlamış çalışanlarımızı idari anlamda değerlendiriyoruz. Öncelikle sayısal zeka, iletişim becerileri, uyum gibi kriterlerimiz var. Bunların olması ilk baktığımız kriterler. Tabii bunları sağlayanların hemşirelerden çıkması da bir gerçek. Hemşire olduğu için değil hemşirede bu kriterler olunca biz idari kadrolar için değerlendiriyoruz. Bizim hedefimiz hasta hakları birimini geliştirmek, bu alanda kalifiye çalışanlarımızdan yararlanmak, bunun yanı sıra Kalite Direktörüne personel anlamında yatırım yapmak gibi planlarımız var. Tüm paydaşların beklentilerini ölçmede performans ölçümü yapamıyoruz bu konuda sıkıntılar var ama bazı yönetim kriterlerinin gelmesi ile daha bütünsel bir bakış açımız olabiliyor.”

Betimsel analiz;

1b. Liderler kuruluşun yönetim sistemi ve performansına ilişkin iyileştirmeleri tanımlar, izler, gözden geçirir ve yönlendirir.

Üç kuruluş bunun için SKS’ nin belirlemiş olduğu bölüm bazlı göstergeleri ve klinik bazlı göstergeleri izlemekle birlikte bu göstergeler sürekli olarak değil sadece denetim öncesinde değerlendirilmektedir. Bu anlamda izlenme sıklığı yetersizdir ancak Sağlık Bakanlığının 2018 yılı içinde uygulamaya koymuş olduğu verimlilik kriterleri ile de birim bazlı olarak performans göstergelerini izleyebilecek ve bu göstergeler sürekli olarak günlük bir şekilde yönetici ekranlarından takip edilebilecektir. Verimlilik kriterleri henüz yeni bir uygulama olduğu için OM tarafından çıktılar değerlendirilip iyileştirme çalışmaları yapılmamıştır. 2019 yılı itibarıyla denetim yapıldıktan sonra gerekli süreç yönetimi yapılacaktır. Henüz bilgi işlem aşamasındadır. Ancak verimlilik kriterleri ES ve SÇ tarafından kullanılmaktadır. Gerek SKS’nin gerek verimlilik kriterlerinin belirlemiş olduğu alt maddeler kurumun ilerleyişini gözden geçirmek, kısa ve uzun vadeli önceliklerini dikkate almak ve temel paydaşlarının(tedarikçiler, toplum hariç olmak üzere) beklentilerini yönetmek anlamında dengeli bir sonuçlar bütünü tanımlamıştır ancak dar bir bakış açısı

mevcuttur. Bunu yaparken de yöneticilerin her seviyede yapılan toplantılar bazında katılımı ve desteğinin mevcut olduğu ifade edilmiştir. Liderlerin SKS kapsamında kurum vizyonunu gerçekleştirmek üzere haftalık toplantılara katılmaları ve performans göstergelerinin temel amaçlarla ilişkilendirilerek önceliklendirme yapıldığı söylenebilmektedir. Bu anlamda liderlik yaklaşımının sağlam temelli ve yayılımının var olduğunu gerekli değerlendirme ve iyileştirme çalışmalarının da gerek birim yöneticileri gerek daha üst düzey yöneticiler tarafından takip edildiğini söylemek mümkündür.

Temel yetenekleri açısından OM, eğitim ve araştırma hastanesi olmaları vasıtasıyla gerekli eğitim sertifika programlarını düzenlemektedir. Bu yönde bir geliştirme, iyileştirme çalışmaları belirli alanlarda mevcuttur. Bunun dışında verimlilik kriterleri uygulaması temel yeteneklerin anlaşılmasında kuruma ışık tutabilecektir. ES; TRSM (Toplum ve Ruh Sağlığı Merkezi) ve Palyatif Tedavi Merkezi açarak bölgenin ihtiyacını karşılamak için yeni uygulamalarla geliştirme ve iyileştirme çalışmaları örneği sergilemektedir. SÇ ise bölgede sağlık kurulu raporunu en hızlı veren kamu kurumu olma hedefini gerçekleştirmiştir, ayrıca aynı gün içinde efor, ekg, işitme testi gibi hizmetleri verebilmektedir. Kurum küçük bir hastane olmasının avantajı ile fiziksel alanı verimli bir şekilde değerlendirmiş ve hızlı ve etkili hizmet sunumunu gerçekleştirebilmiştir. Hastaların birbiri ile ilişkili hizmetleri aynı alanda hızlıca almaları sağlanmıştır. Bu da onların gereksiz yere dolaşmalarını engellemiştir. Teşhis ve tanı alanlarında hızlı ve etkili hizmet sunumu ve sağlık kurulu raporu açısından temel yeteneklerini en iyi şekilde geliştirmişlerdir.

Üç kurumda da gelecekteki performansın iyileştirme çalışmaları liderler tarafından takip edilmekte ve ana hedefi gerçekleştirmek üzere bazı yan hedeflerin de çalışmasının yapıldığı ve bu çalışmalar için komisyonların kurulduğu ifade edilmektedir. Bununla birlikte aylık, haftalık ve gerekli hallerde yönetim toplantıları yapılmaktadır. Bu toplantılarda kök neden analizi kullanılmakta ve “Düzeltilici Önleyici Faaliyetler” geliştirilmektedir. Kalite odaklı iyileştirme çalışmalarının liderler tarafından desteklendiğini ancak buna rağmen SKS uygulamalarının artık ek ödeme ile ilişkilendirilmemesinin kalite yöneticileri açısından sahada çalışanların uygulaması noktasında defansa neden olduğu ve bu yöndeki iyileştirme çalışmalarının çok kısıtlı

olduğu görülmektedir ayrıca gerek personel yetersizliği gerek alt yapının mevcut olmaması gibi şartlar nedeniyle kurumun yapmak istediği iyileştirme çalışmalarının faaliyete geçemediği görülmektedir. Kurumlar her ne kadar kalite kültürü oluşturulmasında yol kat etmiş olsa da kurum çalışanlarının temel motivasyon aracının maddi olanaklar olduğu ifade edilmekte ve bu sağlanmadan yapılan diğer iyileştirme çalışmalarının çok da etkili olmadığı vurgulanmaktadır ve Sağlık Bakanlığı'nın SKS performansının tekrar ek ödemeyele ilişkilendirilmesinin uygulamada çok etkili olacağını ifade etmişlerdir.

Gelecekteki senaryoları anlamak ve stratejik, operasyonel ve finansal riskleri yönetebilmek için etkin bir yöntem uygulamasından bahsedilememektedir.

1.c. Liderler dış paydaşlarla ilişkiler yürütür.

OM cevapları aşağıdaki gibidir; aşağıdaki gibidir;

Kalite Direktörü

“Tedarikçiler, toplum bizim dış paydaşımız. Hastaya hizmet verebilmek amacıyla ürün alıyoruz, bir kamu ihale kanunu var. Hastane yönetiminin kararı da etkili oluyor tabi ki ama kamu ihale kanunu ne derse belirtilen kriterlere uygun olan firmalar teklif veriyorlar, en uygun fiyatı veren firmadan ürünü ya da hizmeti almak durumunda kalıyoruz. Biz ona göre dış tedarikçilerimizi belirleyebiliyoruz. Bir de dış paydaş olarak Sağlık Bakanlığının yayınlamış olduğu yataklı tedavili kurumları işletme yönetmeliği var. Buna göre çalışmalarımızı yürütmek durumundayız. Eski bir yönetmelik ama”

Strateji Müdürü

“Tabii hastanede lider başhekim ama ekip liderleri, müdürler, müdür yardımcılar, bütün idareciler aslında kendi alanlarında liderler onun altında bence en önemli liderler sorumlu hemşireler ve hekim anlamında da klinik şefleri ve aslında biz onların asıl idareci olduklarını düşünüyoruz. Biz ne dersek diyelim sahayı onlar yönetiyor. Dış paydaşlarımızla ilişkiler de çok önemli. Bizim hizmet aldığımız tedarikçilerimiz, başka hastanelere sevk yaptığımız hastalarımız olduğu için diğer hastaneler dış paydaşlarımız. Bu açıdan bakacak olursak sevkle ilgili işlemlerin yazılı prosedürü vardır ve ASKOM(Acil Sağlık Hizmetleri Koordinasyon Komisyonu) birimi tarafından yürütülür, tedarikçilerle ilgili de tüm ilişkiler ilgili prosedür ve talimatlar aracılığıyla yürütülür. Nisan ayından itibaren taşeron hizmeti aldığımız firmaların sayısında azalma oldu, kadroya geçişler olduğu için. Ama malzeme alımı gibi konular için tedarikçilerle işbirliği halindeyiz. Bunların tüm yazılı prosedürleri Kalite Direktöründe vardır. Medikal depo, biyomedikal depo gibi

ayrı ayrı hizmet grupları var, dolayısıyla hepsinin de ilgili prosedürleri ayrı ayrı SKS’de tanımlıdır. Örneğin sterilizasyon hizmeti alıyoruz, hizmetin iki saat aksaması benim ameliyathanemin hizmetinin kesilmesine sebep olur. Böyle durumlar için de bir B planı vardır ve hepsi hizmet alım sözleşmelerinde yer alır. Böyle kriz durumlarında da ne yapılacağı prosedürlerimizde de var zaten. “

ES cevapları aşağıdaki gibidir; aşağıdaki gibidir;

1c. Liderler dış paydaşlarla ilişkileri yürütür.

Kalite Direktörü:

“Hbys (Hastane Bilgi Yönetim Sistemi) bizim için önemli bir tedarikçi. Onların yeri Ankara’da biz gidemiyoruz ama onlar alan ziyaretleri yapıyorlar. Kurumumuza geliyorlar. Bizim bir hedefimiz vardı HIMSS 6 (Health care Information and Management Systems Society - Stage 6)’yı alabilmekle alakalı. Onlar da bu sürecin takibi için yanımızdalar ve birlikte çalışarak biz şu anda HIMSS 6 yıl nöroloji birimimiz için aldık. Tüm hastanemiz için de almak üzere de yolumuza devam ediyoruz. Bunun dışında tomografi ve MRG hizmeti aldığımız dış kaynağımız var onları ziyaret edebiliyoruz, onların bir değerlendirme formu da var. Formda değerlendirme için birçok kriter var. Biz bunları TSE sürecinde yer aldığı için zaten yapıyorduk. SKS için tedarikçiler yeni bir konu aslında, son güncelleme ile geldi. süreç iyileştirmeye alakalı, süreç iyileştirmeye çok daha yakın.”

Başhekim:

“Biz ağırlıklı olarak hem Sağlık Bakanlığı’na bağlı kamu kuruluşlarıyla hem de diğer kamu kuruluşlarıyla bir şekilde il ve ilçe bazında ilişkimiz var. Bazı görüşmelerimizde ortak protokol dahi yapıyoruz. Yaklaşık 35 civarında da dış alımla paydaşlarımızdan hizmet alıyoruz.”

Prob (sonda) soru: Tedarikçilerinizle alakalı bir performans ölçümü yapabiliyor musunuz

Cevap: “Yönetilmesi çok zor bir alan. Bizlerin bu firmaların çok ayrıntılı olarak kontrollerini yapması gerekirken yasal mevzuatların bize verdiği kurallara göre işleri yürütmek her zaman kolay olmayabiliyor. Onların performansını bizler ortalama memnuniyet mantığı ile ölçmeye çalışıyoruz. Bazen artıları bazen eksileri olabilir, hizmetin yürümesi gerekir. Her defasında ceza sopasıyla firmalarla muhatap olmak görevi aksatabiliyor. Ortalama memnuniyet mantığıyla gidiyoruz. Fakat bunun performansının ölçülmesi kolay değil. Büyük beceri isteyen çok zor bir alan. Hastane performansı kriterlerini ölçerken kullandığımız kriterlerin bir o kadarıyla da tedarikçilerimizin performansının ölçülmesi gerekir. Teknik alanları içerdiği için bu ölçüm teknik kapasite de gerektirir. Bir cihazın tamirinin yapılıp yapılmadığını biz ancak çalışıyorsa anlıyoruz. Arızalı parça değişti mi değişmedi mi bazen bunu anlamakta zorlanabiliyoruz. Bunlar daha teknik

konular.”

SÇ cevapları aşağıdaki gibidir; aşağıdaki gibidir;

1c. Liderler dış paydaşlarla ilişkileri yürütür.

Kalite Direktörü:

“Bizim dış paydaşlarımız temelde iki tane diyebiliriz. Birincisi Sağlık Bakanlığı ve ona bağlı olan kurum ve kuruluşlar, örneğin İl Sağlık Müdürlüğü gibi, birde hizmet aldığımız tüm firmalar diyebiliriz. Hizmet alımında da Kamu İhale Kanunu, teknik şartname gibi süreçlerimiz var, onun dışında yaptığımız başka bir uygulamamız yok. Bu ilişkilerin genel sınırlarını Bakanlık belirliyor, bizde süreci iyi iletişim, karşılıklı güven, iyi niyet ve işbirliği ile yürütmeye çalışıyoruz.”

Başhekim:

“Bazı ihaleler kurumun yaptığı ihalelerdir. Ama sizin bahsettiğiniz modele göre dediğiniz manada çok etkin ve yetkin tüm süreçlerini takip edebilme gibi bir durumumuz olamıyor. Ama şöyle bir şey var, diyelim yemek ihalesini bir firma almış, ben onu alt teşeronuna kadar takip ediyorum. İyi bir performans gösterdiğinde ödüllendiriyorum, teşekkür belgesi veriyorum. Burada yemekler güzel çıkar ve idarenin burada etkisi var. Bundan başka laboratuvar firmaları vb. hizmet aldığımız firmalarla karşılıklı güven ilişkisi dahilinde ilişkimizi yürütüyoruz. Hizmetin kalitesini yükseltmek amacıyla kazan-kazan felsefesini temel alıyoruz.”

Üç hastanenin betimsel analizi aşağıdaki gibidir;

1c. Liderler dış paydaşlarla ilişkileri yürütür.

Kurumlar dış paydaşları, sağlık bakanlığı, il sağlık müdürlüğü, kamu hastaneler birliği başkanlığı, tedarikçiler, bölgedeki diğer hastaneler, toplum olarak tanımlamıştır.

Kurumlar temel paydaşlarının farklı gereksinim ve beklentilerini ölçmeye yönelik kapsamlı bir anket çalışması yapmamaktadır. Tedarikçiler ve toplum algısına yönelik anket çalışması olmayıp sadece çalışan ve hastaların algısına yönelik anket çalışmaları yapıp diğer dış paydaşlara yönelik bir algı düzeyi ölçümü yapılmamaktadır.

Dış paydaşlarla ilişkileri geliştirmek, iyileştirmeler yapabilmek adına görevlendirilmiş bir lider bulunmamaktadır, işbirliği yapılan kurumlara ziyaretler gibi

bir takım geliştirici unsurlar henüz sağlam temelli ve yaklaşımları belirlemek suretiyle değerlendirilmemiştir, ancak tedarikçilerle ilişkileri yürütmeye “kamu ihaleler kanunu” ile hareket edildiğinden ve yapılan sözleşmelerin şu an için yeterli olduğundan bahsedilmiştir. Kurumların kendi performanslarını, dış paydaş performanslarını toplumla şeffaflık ve hesap verebilirlik açısından paylaşma, finansal ve finansal olmayan raporlamaları paylaşma anlamında bir girişimleri bulunmamaktadır.

1.d. Liderler mükemmellik kültürünü kuruluşun çalışanlarıyla sağlamlaştırır.

OM cevapları aşağıdaki gibidir; aşağıdaki gibidir;

Kalite Direktörü

Kalite direktörü bu konunun daha da açılmasını talep etmiş olup bu bağlamda görüşme formunda yer alan alternatif soru okunduktan sonra cevabı alınmıştır.

“Şöyle belirtiyim üstte bulunan yönetici liderlerimizin altında her birimin kendi sorumlusu var, birde birkaç birimin birkaç koordinatörü var. Hekimlerin, idari birimlerin, eğitim biriminin ayrı idari sorumlusu vardır. Her birim kendi içinde çalışmalarını alanda kendisi yürütür. Yönetim yetkisini bir nebze alttaki yöneticilerine devretmiş durumdadır. Yönetim işleyişi yürütürken onlardan destek alır, onlar da yönetime geri bildirim yaparlar. Bunun dışında çalışanlarla ilgili kurum dışında eğitim olduğunda, Bakanlık bir program açmışsa çalışanları ilgili eğitimlere yönlendirirler. Onun dışında kurum içinde eğitimler yapılır. Düzenli olarak yapılan toplantılarda bir geri bildirim, paylaşım olur. Bunun dışında herkes bireysel olarak kurumun dışında yapmak istediği bir çalışma varsa bunu yönetime rahatlıkla bildirebilir.”

Prob (sonda) soru: Peki bu şekilde çalışanların tüm beklentilerini karşılayabiliyor musunuz, memnuniyetlerine liderlik bazında bakıldığında nasıl bir katkı sağlamış oluyorsunuz?

“Kurumda 3500 çalışanımız var, her birini tek tek memnun etmek gerçekten pek mümkün olamıyor tabi ki. Örneğin spesifik bir alan için eğitim varsa o eğitime herkes gidemiyor. O işi yapacak kişi gidebiliyor. Sağlık çalışanlarına genel olarak bakacak olursak hekim grubunu saymazsak ek ödeme yönünden memnuniyetsizlikleri var, daha fazla ek ödeme almak istiyorlar. Bunun için de kanunlar, yönetmelikler var onlar bağlayıcı. Hemşirenin, hekimin, diğer hizmet gruplarının alabileceği miktarı Bakanlık belirlemiş durumda. Dolayısıyla kurum liderlerinin bununla ilgili yapabileceği çok bir şeyi olmuyor. Memnuniyette bu konuda sıkıntı olabilir. Onun dışında yaşanan

bariz bir memnuniyetsizlik ben açıkçası bilmiyorum. Çalışanların başarı ve takdiriyle ilgili bir takım uygulamalarımız var. Gerek hastalardan, gerek çalışanların yöneticilerinden gelen teşekkür, takdir ifadeleri toplanıp üç ayda bir değerlendirilir ve buna yönelik olarak çalışanlara bir teşekkür belgesi sunulur. “

Prob (sonda) soru: Yenileşim kültürüne nasıl bakarsınız. SKS kapsamında böyle bir uygulamanız var mıdır, SKS bu yeni fikirlerin ve yeni düşünce biçimlerinin geliştirilmesi konusuna nasıl hizmet ediyor?

“SKS’nin bu konuda bir parametre bir kriteri yok ama örnek verirsek, bir gebe okulunun açılmasını istiyor SKS ve orda belirtilen kriterlere baktığımızda bir gebe okulu bulundurup, oraya bir görevli koymanız yeterli olur belki ama bununla ilgili bizim çalışanlarımız güzel çalışmalar yaptılar. Birim sorumlusuna bununla ilgili istediği şeyler soruluyor, o da oturma minderleri, ortamı daha da güzelleştirecek bazı materyaller talep etti. Ailelerle sürekli iletişim halinde, doğumdan sonra dahi anneler buraya ziyarete geliyorlar. Bu bir örnek. Kriteri geliştirmek için ne yapabilirim, neyi geliştirebilirim diye bir düşüncemiz ve yaklaşımımız var.

Şöyle düşünün SKS bir kriter koyuyor, bu kriterle ilgili çalışma yapın istiyor, onu geliştirmek sizin elinizde, kurum bu konuda sizi destekliyor. Elimizden geldiğince iyi şeyler yapmaya çalışıyoruz.”

Prob (sonda) soru: Gebe okulu dışında verebileceğiniz başka bir örnek var mıdır?

“Gebe okulu dışında diyabet hemşiremiz var, yara bakımı hemşiremiz var. Bunlar her hastanede olamayacak hizmetler. Mesela nutrisyon için, hastaların beslenme durumları için SKS’de kriterler var. Bunun için güzel bir ekip oluşturuldu. Hastaların beslenmeleriyle ilgili takipte bulunuyor, gerektiğinde eğitimler veriliyor. Bunun dışında komitelerimiz var, komitelerde beyin fırtınası yapılıyor, neler yapılabileceği tartışılıyor. “

Strateji Müdürü

“Bence hiçbir yerde liderin tek başına, çalışanları olmadan bir şey yapma ihtimali yok. Lider bunu altında çalışan yönettiği insanlarla yapabilir. “

Prob (sonda) soru: Liderlik bazında çalışanlarınızla kalite uygulamalarında bazen sıkıntılar yaşadığınızdan bahsettiniz, bunu siz alandaki liderler olarak nasıl aşabiliyorsunuz?

“Burada sonuçta bir hekim grubu var bir hemşire grubu var tabii kariyerleri var akademik olarak. Örneğin yirmi yıllık profesör. Onun inandığı, doğru

kabul ettiği bir şeyi siz çok kolay değiştiremiyorsunuz. Herkesin alışma anlamında kabul ettiği doğruları var. Birde tabii çok farklı birimler var burada, bir dahili birimle bir cerrahi birimi aynı değerlendiremiyorsunuz. Bizde birimlerin çok olması da tabii bir defans unsuru. Örneğin siz bir uygulama yapıyorsunuz o uygulama cerrahi branşlar için uygun oluyor ama dahili branşlar için zorlayıcı oluyor. Bakanlık düzeyinden gelen direktifleri Kalite Direktörü prosedür haline getiriyor, biz de uygulanmasını sağlıyoruz ama tabii ki defans olabiliyor. Değişim her alanda olduğu gibi sağlıkta da sancılı olabiliyor. Burada hitap şekliniz çok önemli olabiliyor. Kamuda kime arz edeceğiniz kime rica edeceğiniz önemlidir. Bunlar iletişimde etkilidir. Buna dikkat etmezseniz yaptırım gücünüz zedelenir. Uygulamayı anlatma şeklimiz saydığımız nedenlerle değişiyor ve bir ikna edicilik bu sayede mümkün olabiliyor. Uygulama her birim için aynı, onu zaten değiştirmeyiz ama anlatım biçimlerini değiştirerek uygulamaları yaptırmamız gerekebiliyor. Bunlar da yöneticinin tecrbesiyle alakalı. Birde bizde kurum kültürü olarak yerleşmiş bir şey vardır. Başhekimlerimizde bunu görmek mümkündür. Bizde bir değişiklik yapılacaksa hemen yapılmaz, bizim bir 24 saat kuralımız vardır. Bir düşünülür, enine boyuna tartılır, nerden defans gelebilir vs. düşünülür. Ertesi gün yönetim ekibi tekrar konuşur ve ona göre bir değişiklik yapılır. Tabii acil kararlar için bu geçerli değil. “

ES cevapları aşağıdaki gibidir; aşağıdaki gibidir;

1d. Liderler mkemmelik kültürünü kuruluşun çalışanlarıyla sağlamlaştırır.

Kalite Direktörü:

“Bizim aslında şöyle bir avantajımız var. Biz 2001 yılından beri değerlendirme süreçlerini yaşıyoruz TSE ile birlikte. O yüzden biz bu değerlendirme süreçlerine alışığız. SKS geldikten sonra da uyum sürecimiz iyi seviyede diyebiliriz. Sürekli bir değerlendirmeden geçmenin bir iş yükü oluyor. Ama temelde ilgili bir çalışan kadromuz var ve eleştirilerini de iletirler. Süreç iyileştirmeye katılım sağlarlar. Bizim de gözümüzden kaçan durumlar olabiliyor. Onlardan gelen yorumlar da çok değerli bizim için. Biz en son SAS (Sağlıkta Akreditasyon Standartları)’a da başvurmuştuk ama maliyeti yüksek olduğundan devam edemedik. Onun dışında biz ekiplerle alanda rahat çalışıyoruz aslında. Bu bizde oturmuş durumda. Çoğu arkadaşımız da eski, sirkülasyon da düşük seviyelerde olunca öğrettiğiniz kalıyor. Bu yönde bir kurum kültürü oluşturmak daha kolay oluyor.”

Başhekim:

“Bunlar klasik özel sektör mantığı ama kamuda iş biraz daha farklı oluyor. Bizim yaptırımlarımız biraz daha sınırlı bazı mevzuatlarla hiyerarşik disiplini sağlamaya çalışsak da bu yetmiyor. Buna ek olarak iletişim ve motivasyon tekniklerinin kullanılması gündeme gelebiliyor. Ama liderlik mantığı ile hastanelerdeki süreçlerin yönetilmesi yukarıdan aşağıya doğru değerlendirdiğimizde biraz zor. Bizim kendi imkanlarımızla en iyisini yapmak gibi bir görevimiz var. Biz de elimizdeki tüm argümanları kullanarak bunu yapmaya çalışıyoruz.”

SC cevapları aşağıdaki gibidir;

1d. Liderler mükemmellik kültürünü kuruluşun çalışanlarıyla sağlamlaştırır.

Kalite Direktörü

“Bizim 2014 yılı itibariyle SKS puanımızın ortalaması 97,5 ve bu bir mükemmellik kültürünün kanıtıdır diye düşünüyorum. Bir istikrarımız var ve hedefimiz 95 ve üzeri iken biz hedefimizin üstünde başarı sergilemişiz. Bu kurumumuz için çok iyi bir şey. Kalite çalışmalarında özveri ön plana çıkıyor ve gerçekten bir ekip işi, bazen sahada kalite birim sorumluları toplantılara katılmak durumunda olduğunda diğer çalışma arkadaşlarının da bunu desteklemesi gerekiyor, bu konuda başhekimlik de kalite çalışmalarına destek olduğundan biz bir ekip olarak iyi işler yapabiliyoruz. Süreci kalite odaklı olarak takip ediyoruz. Bazen küçük hastane olmanın dezavantajlarını da yaşıyoruz, fazla eleman olmaması bazen sorun olabiliyor. Ama bunun da yönetim ve ekip olarak gayret ve gönüllülük esasına yönelik ek çalışmalarla üstesinden gelebiliyoruz. “

Başhekim:

“Bizim toplantılarımız sık sık yapılır. Burada da paylaşımlarımız olur. Küçük bir hastane olduğumuz için bunu çok iyi uyguluyoruz. Öğrenmeye çok açık bir kurumuz. Sağlık sektörü de bunu gerektiriyor. Yenilikleri takip etmek durumundayız. Herkes fikrini açıkça ifade eder, kararlara katılımı sağlanır. Çalışanlarımızın eğitimleri ve gelişimlerini yönetim olarak destekleriz. Gerekli izinler, kolaylıklar sağlanır. Örneğin bir hekimimizin doçent olmasını çok teşvik etmişizdir. Ona yayın yapması konusunda gerekli desteği vermeye çalışmışızdır. Başarıları da her zaman takdir ederiz. Benim hat sanatına ilgim var, kendi el yazımıyla teşekkür belgelerini yazar ve takdim ederim. Bu da bir motivasyon kaynağı olur. Toplantılarda da yeni fikirler çıktığında dikkate alıyoruz. Görüşler alır ve tartışırız. Fırsat eşitliği için ise bizim işe alma yetkimiz yok. Bu konuda bir şey yapamıyoruz.”

Betimsel analiz;

1d. Liderler mükemmellik kültürünü kuruluşun çalışanlarıyla sağlamlaştırır.

Üç kurumun da başhekim ve başhekim yardımcılarının bir takım yetkilerini saha liderlerine -ki bu liderler sorumlu hemşire ve klinik şefleri hekimlerden oluşmaktadır- devrettiğini ve bu konuda karşılıklı bir yapıcı iletişim olduğu görülmektedir. Bu yetkelendirme sisteminin şeffaflık, hesap verebilirlik ve sahiplenme kültürü yarattığı anlaşılmaktadır.

Sürekli öğrenme kültürü olduğu ve bu yapının da gerek hizmet içi eğitimler gerek büyük çaplı kongreler, seminerler vasıtasıyla yapıldığı görülmektedir. Eğitime gidecek personel saha liderleri tarafından belirlenmekte, gerektiğinde çalışanlardan gelen taleplerle de hizmet içi eğitimler yapılabilmektedir.

Personelin başarıları teşekkür belgesi sunulmak suretiyle ödüllendirilmekte ve takdir edilmektedir. Çalışanın başarılarını destekleyen bir kurum kültürü mevcuttur.

Yenileşimi ve kurumsal gelişimi özendirmek amacıyla kurum, çalışanlardan gelen geliştirici fikirleri desteklemektedir. Örneğin her hastanede olmayan bir takım hizmetler bu sayede verilmeye başlanmıştır. OM’de; “Nutrisyon Hemşireliği”, “Yara Bakım Hemşireliği”, “Gebe Okulu” gibi bir takım iyi uygulamalara imza atılmıştır ve sürekliliği sağlanmaktadır. ES’de ise TRSM ‘nin sosyal sorumluluk projesi kapsamında geliştirdiği bir proje mevcuttur. Kuvvetli yön .

1.e. Liderler kuruluşun esnek olmasını ve değişimi etkili biçimde yönetmesini sağlar.

Kalite Direktörü

“SKS’de birebir bunu karşılayan bir kriter yok ancak bizim komitelerimizde yaptığımız çalışmalar, bir sorun olduğunda yaptığımız kök neden analizi, beyin fırtınası gibi çalışmalar esnek karar alınmasına bir örnek olabilir. Tartışılan konuyu etkileyen faktörleri belirlerken sert kriterler koyamıyorsunuz, herkes fikrini beyan ediyor ve sonucunda bir iyileştirme çalışması çıkıyor ortaya. Bu da bence SKS’nin esnek bir yönü olarak algılanabilir. Çünkü SKS bir sorunu tespit ettiğinizde bir iyileştirme çalışması planlayın diyor, direk şunu yapın demiyor. İyileştirmeyi kurumun kendi şartlarına bırakıyor, mevcut durumuna uygun olarak belirlenmesini istiyor. Bu konuda bir nevi esneklik sağlamış oluyor. Örneğin yönetim mortalite ile ilgili

bir çalışma istediğinde bunun içi hemen bir komite kurulup çalışmaya başlayabilir ve ilgili tüm parametreler değerlendirilerek bir rapor hazırlanır. Ya da bir çalışan yaratıcı, yenilikçi bir fikri var ise bunu üstüyle paylaşır ve çalışma uygun görülürse başlatılır. “

Prob (sonda) soru: Bu yönde bir uygulamanız oldu mu, yaratıcı fikirlerin geliştirilmesine örnek olabilecek bir çalışmanız var mıdır, varsa nasıl bir süreç izlendi?

“Akıllı kapılarımız var bizim, şöyle ki polikliniklerde yaptık bunu. Hem eğitim amaçlı hem de görsel olarak kapı giydirme yapıldı. Mesela bir kapıda “ellerinizi yıkayın” diyor, başka bir kapıda” antibiyotiklerinizi doktor kontrolü olmadan almayın” diyor. Bu söylediğinize güzel bir örnek olabilir. Genelde de çok beğenildi, bizden sonra yapan hastaneler de oldu. Örnek teşkil etik o konuda. SKS denetimlerine geldiklerinde -bu güzel bir uygulama, bunu sunabilirsiniz- denildi.”

Prob (sonda) soru: Bu tür yenilikçi, yaratıcı fikirlerin kurum kültürüne entegrasyonunu sağlamak açısından, tüm kuruma yayılımını ve sürekliliğini sağlayacak bir süreciniz var mı?

“Bu fikir bir çalışanımızdan çıktı ve süreç araştırmasına gidilip, uygulamaya hemen koyabildik. Ama genel olarak sistemli bir çalışmadan ziyade yönetim toplantılarında, görüş alışverişi yapılırken, sohbet ortamında bile böyle fikirler ortaya çıkabiliyor.”

Prob (sonda) soru: Yaratıcı fikirlerin ortaya çıkmasını destekleyecek ve sürekliliğini sağlayacak bir çalışma yapılabilir mi, bu hem çalışan memnuniyetini hem de hasta memnuniyetine katkı sağlar mı sizce?

“Doğrusu çok güzel olur, biz de bir şeyler yapmak istiyoruz bu konuda ama çok fazla sorumluluk alanlarımız var, ekstra bir zaman ayıramıyoruz maalesef, buna zaman ayırmamız gerekiyor ama bu zamanı bulamadığımız için ciddi bir çalışma yapamıyoruz. Çok güzel projeler geliştirebiliriz belki ama zaman yetiştiremiyoruz. Kalite Direktörü olarak aslına bakarsanız SKS sürecine yönelik durumu anlayabilmek için alanda daha çok olmalıyız. SKS de bunu istiyor. Alana gidecek zamanı maalesef bulamıyoruz. Yılda iki kere özdeğerlendirme yapıyoruz. 5 gün alana gidiyoruz, bir de bina turlarımız var. Ben isterim ki her gün bir kliniğin yanında olayım, çalışmasını gözlemleyim, kalite açısından onlara destek olmam gereken bir konu var mı aksayan bir durum var mı, ya da acaba bizim atladığımız, prosedür ve talimat alana hizmet ediyor mu yerinde görmek istiyorum ama gerçekten buna vakit yok. Zaten doküman hazırlamak başlı başına bir iş. Her gün yüzlerce dokümanla uğraşıyoruz, bununla birlikte Düzenleyici Önleyici Faaliyetlerimiz (DÖF) var. Örnek verecek olursak yeni binaya taşınacağımız için risk analizi yapıldı hastanemizde, riskli alanlarımız fazla, buna yönelik iyileştirme yapmamız lazım, yaklaşık 700-800’e yakın DÖF var. Bunun için bir kişi bile yetmiyor. Ama kurumların da eleman durumları üç aşağı beş yukarı belli. Taleplerimiz var bu konuda.”

Strateji Direktörü

“Buna bir örnek verecek olursak, bizim günlük acil servislere baktığımız hasta sayımız Avrupa’da olağanüstü hallerde bakılan hasta sayısından yüksek durumda. Bu durum Bakanlık tarafından düzeltilmeye çalışılıyor. Sonuçta alışılmış bir kültür var hastalar bazında. Onu değiştirmek zor oluyor. Hastalarda şu var. Akşam 17:00’de işten çıkıp ilaç yazdırmak için acile servise başvuruyorlar. Onun için Bakanlık sure-time dediğimiz 17:00’den sonra 21:00’e kadar polikliniklerin hizmet saatini uzatma tasarrufunu yaptı. Bu uygulama işe yaradığı durumda, polikliniğe 17:00’den sonra gelinebiliyor. Sağlık çalışanının motivasyonuna da olumlu katkısı oldu. Sağlık çalışanına ek ücret ödemesi yapılıyor. Sur time dediğimiz uygulamanın ücreti ayrı hesaplandığı için çalışan da motive oluyor. Kendileri bu uygulamaya katılmak istiyor. Mesai kaydırma yöntemlerini de kullanabiliyoruz. Saat 10:00 da gelip 19:00da çıkma gibi uygulamalarımız olabiliyor. Çalışma süresi 30 yılı aşmış personellere böyle bir uygulama yapılabilir mesela. Bunun dışında konuyu açacak olursak bizim zorunlu ve zorunlu olmayan komisyonlarımız var. Bakanlığın kalite standartlarında belirlediği kriterler için zorunlu komisyonlarımız var. Bir de Kalite ekibinin, biz yöneticilerin, sahadaki gözlemcilerin gözlemlerinden sonra “ böyle bir komisyona ihtiyaç var” dediğimiz ve bu şekilde oluşturduğumuz komisyonlarımız var. Belirli aralıklarla yazılı prosedürlere uygun olarak toplanan komisyonlarımız bir nevi proje yönetimi diyebileceğimiz değişiklikler yapabiliyor. Bu da esnekliğin liderlik bazında nasıl sağlandığına bir örnek olabilir. Bu uygulamalar kurul kararıyla yapıldığı için de yaptırımı sağlamış oluyor. Her komisyonda mutlaka bir yönetici oluyor, başhekim yardımcısı, müdür, müdür yardımcısı, bazılarında başhekim olabiliyor ve tabii ilgili sahanın hekimi hemşiresi yani sahayı bilen çalışanlarla sahada değişiklik yapılıyor ki bu çok önemli ve güzel bir şey. Sahayı bilen kimse o değişikliği yapıyor, yönetim de bunu her şekilde destekliyor. Kararlarımız da oy çokluğu veya oy birliği ile alınıyor. Bunun dışında yaratıcı fikirlerin ortaya çıktığı bireysel başvurularımız da olabiliyor. Bu fikirleri de proje gibi uyguladığımız oluyor. Kalite Direktörünün takip ettiği çalışan öneri kutularımız var, buradan da yaratıcı fikirler çıkabiliyor. Öneri kutularından çıkan fikirlerin de belirli aralıklarla değerlendirildiği bir komisyonumuz var. Bunların analizi yapıp ilgili müdürlük tarafından değerlendiriliyor ve sonra Bakanlığa gönderiliyor. Bu şekilde sahadaki değişikliği esnek bir yönetim anlayışıyla desteklediğimizi söyleyebiliriz. “

ES cevapları aşağıdaki gibidir;

1e. Liderler kuruluşun esnek olmasını ve değişimi etkili biçimde yönetmesini sağlar.

Başhekim:

“Esneklikle alakalı süreçleri tecrübelerimizle yönetebiliyoruz. Bazı alternatif çözümleri yasalara da bağlı kalarak üretebiliyoruz. Bazı mevzuatlar var bunları yorumlamak bazen tecrübe gerektirebiliyor.”

SÇ cevapları aşağıdaki gibidir;

1e. Liderler kuruluşun esnek olmasını ve değişimi etkili biçimde yönetmesini sağlar.

Kalite Direktörü:

“Biz sıra dışı, yenilikçi bir başhekime sahibiz ama buna rağmen yine de belirli kalıplara bağlı çalışmak durumundayız. Bu nedenle çok esnek olduğumuzu ve yenilikçi olduğumuzu tam olarak söyleyemeyiz.”

Başhekim:

“Biz Sağlık Bakanlığı’na bağlıyız. Süreçleri %20 esnetebiliyoruz. Bu esnekliği yine hastanemizde çalışanlarımız lehine kullanırız.”

Betimsel Analiz;

1e. Liderler kuruluşun esnek olmasını ve değişimi etkili biçimde yönetmesini sağlar.

Üç kurum da esnek olabilmek adına komite toplantılarında tespit edilen sorunların çözümünü ararken herkesin fikrini alarak, beyin fırtınası ve kök neden analizleri yaparak çözüm üretme yolunu tercih ediyor. Bu yaklaşımın sağlam temelli ve zamanında kararlar alınmasına hizmet ettiği anlaşılmaktadır. Alınan kararların özellikle hasta odaklı ve çalışan odaklı olarak önceliklendirildiği anlaşılmaktadır. Genellikle üst yönetim ile birlikte saha çalışanları ve saha yöneticileri de mutlaka sorunun çözümüne katkı sağlayabilmesi destekleniyor. Bu tür toplantılardan çıkan sorunlar bir nevi proje yönetimi şeklinde ele alınıyor ve süreç sahiplikleri tespit edilerek gerekli aksiyonlar alınıyor. Çalışmalar neticesinde kalıcı bir çözüm bulunmuş ise de bu çözüme yönelik olarak gerekli prosedür, talimat gibi yönergeler hazırlanıp, bunların da duyurusu yapılabiliyor. Gerek çalışan öneri formları aracılığıyla, gerek komisyon toplantıları gerek kişisel bildirimler aracılığıyla bir takım yaratıcı fikirler geliştirilebiliyor. Bu tür uygulamalar kurumun şartları dahilinde maddi olarak da desteklenebiliyor. Bir takım uygulamalar diğer hastanelere de örnek teşkil edebiliyor. Ancak yaratıcı fikirlerin geliştirilmesi konusu bir sürece bağlanmış durumda değil. Bunun geliştirilmesi için rutin bir zaman ve süreç sahiplikleri gibi çalışmalar mevcut değil. Çalışan sayısı dikkate alındığında çalışanlar arasında yaratıcı fikir geliştirme oranının çok yaygın olmadığını söylemek mümkün.

Bazı anlaşmazlık yaşanan konular olduğunda karar alma sürecinin bir takım mevzuat, yönetmelik, bürokratik yazışmalar ile uzayabildiği ifade edilmiştir. Bu da esnek olmanın önünde zaman zaman bir engel olabilmektedir. Nitel araştırma kapsamında üç hastanenin yetkilileriyle yapılan görüşmeler neticesinde “Liderlik” başlığı altındaki alt kriterlerin ne düzeyde karşılandığının özetini aşağıdaki tabloda görmek mümkündür:

Tablo 19. OM- Liderlik Kriterlerinin Karşılanma Düzeyi

	Alt Kriterler	Özellikler	Görülmemekte	Kısmen Görülmemekte	Görülmemekte
LİDERLİK	1a	Misyon,vizyon, değerler, etik kurallar			X
	1b	Yönetim sistemi ve performans			X
	1c	Dış paydaşlarla ilişkiler		X	
	1d	Mükemmellik kültürünü çalışanlarla sağlamlaştırma		X	
	1e	Kurumsal değişimin belirlenmesi, esnek olunması, değişimin yönetilmesi		X	

Tablo 20. ES- Liderlik Kriterlerinin Karşılanma Düzeyi

	Alt Kriterler	Özellikler	Görülmemekte	Kısmen Görülmemekte	Görülmemekte
LİDERLİK	1a	Misyon,vizyon, değerler, etik kurallar			X
	1b	Yönetim sistemi ve performans			X
	1c	Dış paydaşlarla ilişkiler		X	
	1d	Mükemmellik kültürünü çalışanlarla sağlamlaştırma		X	
	1e	Kurumsal değişimin belirlenmesi, esnek olunması, değişimin yönetilmesi		X	

Tablo 21. SÇ- Liderlik Kriterlerinin Karşılanma Düzeyi

	Alt Kriterler	Özellikler	Görülmemekte	Kısmen Görülmemekte	Görülmemekte
LİDERLİK	1a	Misyon,vizyon, değerler, etik kurallar			X
	1b	Yönetim sistemi ve performans			X
	1c	Dış paydaşlarla ilişkiler		X	
	1d	Mükemmellik kültürünü çalışanlarla sağlamlaştırma		X	
	1e	Kurumsal değişimin belirlenmesi, esnek olunması, değişimin yönetilmesi		X	

2.ANASORU:

STRATEJİ

Görüşme formunda yer alan strateji tanımı yapıldıktan sonra katılımcıların kurumlarının stratejileri hakkındaki olumlu görüşleri alındıktan sonra konuyu derinleştirebilmek için alt sorulara geçilmiştir.

Alt Sorular:

2a. Strateji, paydaşların ve dış çevrenin gereksinim ve beklentilerinin anlaşılmasını temel alır.

OM cevapları aşağıdaki gibidir;

Kalite Direktörü

“Hasta ve çalışan memnuniyeti anketlerimize bunu sağlayabiliyoruz. “

Strateji Müdürü:

“Strateji biriminin yöneticisi olarak dış paydaşların her türlü istek ve gereksinimine yönelik talepleri birimize gelir ve bizim kontrolümüzden sonra başhekimliğe sunulur. Tabii burada her birimin muhatap olduğu tedarikçisiyle ya da başka bir dış paydaşla ilgili izlemesi gereken yazılı prosedüre göre sürecini kendi yürütüyor, biz de onlardan gelen son yazılı isteklerini gerekli kontrol süreçlerimizden geçirip başhekimliğe iletiyoruz. “

ES cevapları aşağıdaki gibidir;

2a. Strateji, paydaşların ve dış çevrenin gereksinim ve beklentilerinin anlaşılmasını temel alır.

Kalite Direktörü:

“Biz bu konuda faaliyet raporumuzda beklentiler ve gereksinimlere uygun olarak neler yaptığımızı yayınladık. Bunu SKS’den bağımsız yaptığımızı söyleyebiliriz. Başhekimimiz bu konuya çok önem verdiği için faaliyet raporu çalışmalarımız eskiye dayanır. SAS’a başvuru yaptığımızda da bu konu karşımıza çıkmıştı. Onun için de yayınladık. Tabii sonra SAS için çalışmalara mali kaynakların yetersizliğinden devam edemedik ama dediğim gibi başhekimimiz faaliyet raporunda tüm bunların çalışmasının yapılmasına çok önem verdiği için biz neler yaptığımızı faaliyet raporumuzda yayınlıyoruz.”

İdari ve Mali İşler Müdürü:

“Stratejik planlar hastanelerden toplanan verilerle Bakanlık tarafından oluşturulduğundan biz de o plana uymak durumundayız. Bakanlığın stratejik plan metinlerini inceleyerek kendi yönetimimizle buna göre bir plan belirliyoruz.”

SÇ cevapları aşağıdaki gibidir;

2a. Strateji, paydaşların ve dış çevrenin gereksinim ve beklentilerinin anlaşılmasını temel alır.

Kalite Direktörü:

“Biz yine bu konuda da Bakanlığa bağlıyız, karar alma süreçlerimizde de yine SKS, Verimlilik kriterleri gibi yasal süreçlere tabiyiz. Bazen bizde çok yenilikçi fikirler geliştiriyoruz ama bunları yasal süreçlerle, yönetmeliklerle uyumlaştırmaya çalışmak durumundayız. Devlet politikaları ne diyorsa biz ona tabiyiz. Başka bir takım yenilikler ya da akreditasyon çalışmaları için de ek bütçeler İl Sağlık Müdürlüklerinden talep edildiğinden yine bütçe ayrılırsa bizler bazı yenilikleri takip edebiliriz.”

Başhekim:

“Ben küresel olarak da süreçlere bakabilmeliyiz diye düşünüyorum. Ben bir ara hekim maaşlarını araştırdım. Belli açılardan çok iyi olduğumuzu fark ettim. Bunu kıyaslamayınca fark etmiyorsun. Mesela Çin gibi bir ülke birinci basamak işlemlerden para alıyor. Birinci basamakta ücretsiz hizmet vermenin artısını görüyorsunuz. Ülkenin, hastanenin sosyal devlet anlayışına uygun çalıştığını fark ediyorsun. Bu karşılaştırmayı yapmazsak bir tüp bebek tedavisinin devlet tarafından karşılanmasını basit görebiliriz veya dış

uygulamalarında hekimlik uygulamalarının ücretsiz yapılması gibi. Tabii eksikleri de dışardan bakınca görebiliyorsun. Mesela nüfus baskısı. Mesela İsveç'te ben sağlık sistemini inceledim. Nüfus az 2 milyon nüfusu var başkentin. Toplam nüfus 9 milyon. Aslında sistemler değil iki şey iyi. Biri nüfus biri para. Buradan bakınca aynı olmuyor. Hekimler günde 20 hasta görüyor, saat 15.00-16:00 dan sonra sosyal yaşamları başlıyor, rahatlar, rahatlığın sebebi de saydıklarımız. Bunlara kıyasla ülkenin çok şey kat ettiğini görüyorsun. Bizdeki idari dinamizm diğer gelişmiş ülkelerde yok gördüğüm kadarıyla. Şu an iddia ediyorum Türkiye'de en iyi çalışan kurum Sağlık Bakanlığı'dır."

Betimsel Analiz;

2a. Strateji, paydaşların ve dış çevrenin gereksinim ve beklentilerinin aşılmasını temel alır.

OM için kurumun hazırlamış olduğu bir stratejik planı, çevre analizine yönelik bir analiz metodu uygulaması olmamakla birlikte Sağlık Bakanlığı'nın stratejik planının takip edildiği, SKS Hastane V5'de yer alan hedef ve amaçların kurum için de geçerli olduğu bilgisi paylaşılmıştır. Kurum stratejik planlama süreci, swot analizi gibi stratejiye yönelik çalışmaları yapmamaktadır. ES ve SÇ kurum stratejisini Bakanlığın ana stratejisini temel alarak oluşturmakta ve bu yönde tüm paydaş beklentilerine göre bir stratejik plan belirlemektedir. Bu yönde politikalar geliştirmekte, planlama süreci, swot analizi gibi stratejiye yönelik çalışmaları yapmaktadır. OM'de yıllık ana iş hedefleri ve stratejilerin yazılı olmadığı görülmektedir. Bu nedenle de stratejilerle ilgili süreçlerin yayılımı ve süreçlerin sahipleri belirli olmamaktadır. ES'de ve SÇ'de yıllık ana iş hedefleri ve stratejilerini belirlediği güçlü ve zayıf yönlerin çalışıldığı ve dokümanite edildiği görülmektedir. Bu nedenle de stratejilerle ilgili süreçlerin yayılımı ve süreçlerin sahipleri belirli olmaktadır. Ancak OM'de hasta anketleri, öneri-şikayet kutuları, doğrudan başvuruların değerlendirilmesi ile hastanenin politika ve yazılı olmayan stratejilerin oluşması söz konusudur. Kurum bu sayede güçlü ve zayıf yönlerini de görüp buna göre bir iş planı hazırlamaktadır. Bu iş planı doğrultusunda da yıllık hedeflerini belirlemektedir. Örneğin OM'de hastaların onkolojik olarak bir takım ihtiyaçları tespit edilmiş ve bu sayede gelen hasta sayıları dikkate alınarak onkoloji birimi kurulmuş ve gerekli teknolojik donanım sağlanmıştır ve bu alana yapılan yatırımlar önceliklendirilmiştir. Kurumların hastalarının beklentilerini dikkate aldığı ifade edilebilir. Kurumlarda hasta anketleri, öneri-şikayet bildirimleri, doğrudan

hastalar tarafından yöneticilere bildirilen isteklerin değerlendirilmesi ile yerel düzeydeki toplumsal eğilimlerin analizi yapılmaktadır. Küresel düzeydeki verilerin değerlendirilmesi ise hastaneler tarafından yapılmamaktadır.

Kurumlarda rutin olarak pazardaki ana rakip ve diğer rakipler ile kıyaslama yapılmadığı, pazarın kapsamına yönelik bir tanımlama doğrultusunda; hasta beklentilerini daha etkin karşılamaya yönelik ne tür bilgilerin ele alınacağına, önceliklendirmenin nasıl yapılacağı ve bu sürecin nasıl işleyeceğine dair bir çalışmanın olmadığı ifade edilebilir. Tüm bu süreçlerin strateji odaklı işleyebilmesi için bir stratejik planın hazırlanmasının daha sağlıklı olabileceği ifade edilebilir. Stratejiye bakış açısının zamanla SKS sürecine de dahil edilmesinin faydalı olacağı düşüncesi ifade edilmiştir. Örneğin son SKS'ye personel temin planının eklenmiş olması bir yenilik olarak değerlendirilmiştir. Bu ekleme ile harekete geçilerek gerekli faaliyetler yürürlüğe girmiştir.

2b. Strateji, iç performans ve yeteneklerin anlaşılmasını temel alır.

OM cevapları aşağıdaki gibidir;

Kalite Direktörü

“ Bu konuda SKS de birçok kriter var. Her birimin çalışmasına yönelik olarak oluşturulan prosedür ve talimatlarımız var. Bu anlamda karşılanıyor diyebiliriz. Yukarıda da bahsettiğimiz öneri şikayet kutuları, memnuniyet anketleri, Düzeltici Önleyici Faaliyetler iç performans ve yeteneklerin geliştirilmesine hizmet etmektedir.”

Strateji Müdürü:

“ Daha önce de bahsettiğimiz kurullar, komisyonlar, yaptığımız haftalık, aylık rutin toplantılar ki biz toplantıları düzey düzey yapıyoruz. Diyelim klinik idari sorumlularıyla bir toplantı yapıyoruz hem aksayan, yanlış giden, değişmesi gereken yönlerimizi konuşuyoruz hem de tüm birimlerimizden geri dönüşler alıyoruz. Aynı zamanda iyi, güzel giden uygulamaların nelerdir bunların geri dönüşlerini de alıyoruz. Eğitim sorumlularımızla toplantı yapıyoruz. Sahanın ihtiyaçlarını belirliyoruz. Toplantı sıklığımız gayet iyi diyebiliriz. Bu sayede sahadan hiç kopmadan geri dönüşleri alıyoruz, ona göre bizde bir yol haritası çiziyoruz. Stratejik planımız da bu şekilde ortaya çıkıyor ama direk olarak stratejimizin yazılı olduğu bir kaynağımız yok.”

ES cevapları aşağıdaki gibidir;

2b. Strateji, iç performans ve yeteneklerin anlaşılmasını temel alır.

Kalite Direktörü:

“SKS’de aslında iç performans ve yetenekler konusu opsiyonel durumda. Biz bu konuyu da bir dönem çalıştık aslında, bir form oluşturduk ancak süreçte gördük ki bu tüm hastane için uygulanması zor ve ek personel ihtiyacı doğuruyor. Bu tür çalışmaları yapabilmek de bir kaynak gerektiriyor. Biz bunu tüm kişilere uyguladık, tüm birimlere göre formlar hazırladık ama organizasyonu sağlayacak bir ekibe ihtiyaç var. Kalite bunu yapabilir diye düşünmüştük ama, hastanemizde 600 kişi çalışıyor ve tüm hepsine uygulamak, değerlendirmek, geliştirmek gibi süreçleri de katarsak mümkün olamadı. Ama performans ölçümleri sadece hekimler için yapılıyor. Bunu başhekimimiz tüm hekimlere her ay uyguluyor. Hangi hekim kaç hasta bakmış, kaç ameliyat yapmış, kaç yatış yapmış hepsi mevcut. Başhekimimizin bu konuda bir değerlendirme, geri bildirim raporu var. Bunu hemşireler için yapmak zor çünkü sistemde ölçme değerlendirme yapabileceğimiz veri yok.”

Prob (sonda) soru: Tüm süreçleri aşama aşama hazırlamış olduğunuz bir çalışmanız da var iken performans ölçümü konusunun “İnsan Kaynakları Birimi” kurularak yapılması mümkün olabilir mi?

Cevap: Orada da 3 kişi çalışıyor ve kendi işlerine anca yetişebiliyorlar. Onların görevi izinler, giriş-çıkış takibi, çalışanlara atanan eğitimlerin takibi gibi konular oluyor. O bölümlerde şöyle bir işleyiş var. Orada çalışanlar genellikle memurlar oluyor ve emekli olduklarında yerlerine yeni personel ataması çok olmuyor. Bir hekim, hemşire gibi yerine yeni bir çalışan isteyemiyorsunuz. Her yeri bağlayan bir eleman sıkıntısı var diyebiliriz. İlerleyen dönemlerde ben performans kriterlerini çalışmayı düşünüyorum. Böyle bir isteğimiz var aslında. İlk fırsatta bunu yapma isteğimiz var.

İdari ve Mali İşler Müdürü:

Buna dikkat etmeye çalışıyoruz. Planlara göre çalışanlarımızın sayılarını belirleyebiliyoruz ve onları eğitimlerle destekleyebiliyoruz. Bunun dışında bir şey yapamıyoruz.

SÇ cevapları aşağıdaki gibidir;

2b. Strateji, iç performans ve yeteneklerin anlaşılmasını temel alır.

Kalite Direktörü:

“Burada bir sıkıntı var bence. Performansı iyi olanın istihdamı konusunda bir çözüm bulamıyoruz. Bununla birlikte performansı kötü olan için de çok bir yaptırım yok maalesef. Biz daha ziyade kalite odaklı çalışmalarımızı iletişim becerileri ile yürütebiliyoruz. En önemlisi bu bence. Öncelikle iyi iletişim

kurulması bizim en büyük gücümüz. Bizim de gerek hastalardan gerek çalışanlarından aldığımız geri bildirimlerin temelinde iletişim becerileri var. Biz bu yönde sıkıntıyı daha çok yaşadığımız için iletişim eğitimlerine ağırlık verebiliyoruz.”

Başhekim:

“Biz her gün hastaneyi geziyoruz, personel de bunun farkında. Belli personelin belli özelliklerini dikkate alıp belirli görev değişikliği yapıyoruz. Örneğin yüksek lisans yapan personele destek veriyoruz. Onların görev değişikliklerini yapıyoruz. Müdür yardımcılığı pozisyonu olduğunda biz kendi ekibimizden çıkmasını teklif ediyoruz. Dil eğitimi konusunda da desteğimiz oluyor. Hekimlerimizden biri doçent oldu onu da çok destekledik, motive ettik. Bu bizim için gurur verici. Onlar kuruluşumuz için bir değer. Mesela dış hekimlerimizden biri hukuk okuyacak. Müdürlükte de hukuk bürosunda 3 gün çalışıyor, böyle bir görevlendirme yaptık. Akademik faaliyetleri olan personelimizi tüm sınırlarımızı zorlayarak destek veriyoruz. Bu konuda en iyisi olduğumuzu söyleyebilirim. Doktora yapan yüksek lisans yapan, doçent olan çalışanlarımız var.”

Betimsel Analiz;

2b. Strateji, iç performans ve yeteneklerin anlaşılmasını temel alır.

Kurumlar mevcut ve potansiyel yeteneğini ve kapasitesini anlamak amacıyla operasyonel performans hedeflerini analiz etmektedir, tüm süreçlerin analizi bu bağlamda yapılmaktadır. Kurumlar mevcut ve olası işbirliği yapılan kuruluşların temel yetkinlik ve yeteneklerine ilişkin veri ve bilgileri düzenli olarak analiz etmektedir. İşbirliği yapılan kuruluşlara yönelik olarak belirli performans göstergeleri olmakla birlikte bu göstergelerin kapsamı sınırlıdır. Kurumlar özellikle yeni iş modellerinin kuruluşun performansına olası etkilerini belirlemek amacıyla veri ve bilgileri analiz etmektedir. Kurumlar kuvvetli yönlerini ve iyileştirmeye açık alanlarını anlamak amacıyla performansını uygun kuruluşlarla karşılaştırmaktadır ancak bu karşılaştırma rutin ve bütünsel bir biçimde yapılmayıp gerekli hallerde daha birim ölçeğinde yapılmaktadır. Örneğin hastanenin acil servisine eleman isteği yapılacaksa aynı seviyedeki diğer hastanenin acil servis çalışan sayısına bakılması gibi. Genel anlamda yetenekli personelin istihdamında ve bu konuda iyileştirme çalışmalarının yapılmasında yetersiz personel nedeniyle sıkıntılar yaşanmaktadır.

2c. Strateji ve stratejiyi destekleyen politikalar oluşturulur, gözden geçirilir ve güncellenir.

OM cevapları aşağıdaki gibidir;

Kalite Direktörü

“Bütün dokümanlarımız 3 yılda bir gözden geçirilip güncellenmektedir. Bunun yanı sıra birçok örnek verecek olursak çocuk kliniğinde hastaların düşme riskini değerlendirdiğimiz bir ölçeğimiz vardı, fark ettik ki bu yetersiz kalıyor, daha iyi bir ölçek kullanmamız gerekiyor ve bunu değiştirdik. Bu tür güncellemeler de yapılmaktadır. Bu değişikliklerin de duyurusu, eğitimi yapılıyor ve sonrasında uygulamaya geçiyoruz. Uygulamadan sonra da bir aksaklık yaşanırsa tekrar o aksaklığa yönelik bir daha iletişim kuruyoruz.”

Strateji Müdürü:

“Bizim politikalarımız Kalite Direktörümüzün oluşturduğu SKS de yer alan politikalar oluyor. Hepimiz liderler olarak buna göre hareket ediyoruz. “

ES cevapları aşağıdaki gibidir;

2c. Strateji ve stratejiyi destekleyen politikalar oluşturulur, gözden geçirilir ve güncellenir.

Kalite Direktörü:

“Bunlar var bizde, uygulaması da var. Hedef değerlerimiz arasında da mevcut. Biz ölçme ve değerlendirme yaparak şu anki durumun ileride nasıl bir hal izleyeceğine de bakıyoruz, zaten gelecek hedeflerin revizyonu veya farklılaşmasında, ölçme değerlendirme süreçleriyle gerçekleşiyor. Politikalarımızı da sürekli gözden geçiriyor ve revizyonlar gerçekleştirebiliyoruz. Topluma fayda sağlayacak hizmetler bizim önceliğimiz. TRSM, Palyatif bu şekilde ortaya çıktı. Tüm bunların mali kaynağını zaten Bakanlık sağladığı için veya onaylamadan biz yapamadığımız için öncelikle Bakanlık onayının olması gerekiyor. Onay alınması durumunda mali kaynaklarımızı da ona göre tesis edebiliyoruz.”

İdari ve Mali İşler Müdürü:

“Biz yine ana stratejiye göre bir takım politika ve süreçlerimizi gözden geçiriyoruz. Bu planlara göre ihtiyacımız ne ise o yönde bir yol izliyoruz, personel temini yapıyoruz. Örneğin yatak doluluk oranlarında bir revizyon var ise bize de bu şekilde bir eylem planı hazırlamak kalıyor. Kendi politikalarımızı da bunlara göre revize ediyoruz.”

SÇ cevapları aşağıdaki gibidir;

2c. Strateji ve stratejiyi destekleyen politikalar oluşturulur, gözden geçirilir ve güncellenir.

Kalite Direktörü:

“Dokümanlarımızı 3 ayda bir gözden geçirip revizyonlar yapıyoruz. SKS’nin de böyle bir isteği var. Örneğin SKS misyon, vizyon, değerleri her yılın Ocak ayında yılda bir defa gözden geçiriyor. Ama bu arada eğer Sağlık Bakanlığı uygulamadan daha farklı kararlar alırsa onu uygulamak durumundayız.”

Başhekim:

“Her hastanenin stratejisi kendine göre. Mesela Şişli Etfal ile bizimki farklı. Bizim stratejik planlarımız belli, yönetim toplantılarımızda oluşturduk. Amacımız belli birimlerde en iyi hizmeti vermek. Memnuniyet oranı en yüksek hasta potansiyeline ve çalışan potansiyeline sahip olmak. Uzun vadeli hedefimiz 200 yataklı devlet hastanesi olmak. Aslına bakarsanız benim görüşüm benim gibi hastane sayısını arttırıp yataklı tedavi ile uğraştırılmaması lazım. Çünkü B grubu hastanelerin yatakları verimli değil. Aylık iki doğum için doğumhanesi olan hastaneler var. Bakanlık böyle bir strateji geliştirirse numune biziz. Bizde yaklaşık 2000 hasta sevk edilmeden işini bitirip gidiyor. Efor, Holter, MRG gibi hizmetler verip sonlandırıyoruz ve evine gidiyor. Bir semt polikliniği bunu yapamaz. Örneğin Kağıthane Devlet Hastanesi’nin yatağını kaldıracaksın. Şişli Etfal’in yatak sayısını arttırıp poliklinik sayısını düşüreceksin, poliklinik hizmeti sadece bizim gibi hastanelerin olacak. Örneğin Beyoğlu’na 5 tane bizim gibi gündüz hastanesi kurulduğunu düşünsen çok daha verimli olabilir. Özellikle malpraktis ile birlikte hekimlerde risk almak istemiyor. Yataklı tedavi hizmeti vermenin güçlüğü yavaşça ortaya çıkıyor. Asistanla yürüyen yataklı tedavi hizmeti veren eğitim araştırmanın yataklı tedavi kapasitesini arttıracaksın, bununla beraber yoğun bakım ve acilleri güçlendirip, oraya tonsilit vakasını göndermemek, oraya sıradan bir eforu, holteri göndermemek verimliliği arttıracaktır. Ben de bu durumun böyle olduğunu başhekim olarak buraya gelene kadar bilmiyordum ama şimdi görüşüm hantal B grubu hastane yapmayalım, bizim gibi hastanelere EEG, EMG, Uyku Laboratuvarını da ekleyelim ve bunlar bizim gibi hastanelerin işi olsun. Bu tür işlemlerle yataklı tedavi kurumlarımızı uğraştırmayalım. Böylece eğitim araştırmalar yayın yapabilsin, araştırma yapabilsin. Orada çalışan bir hekim hem günde 70 hasta bakacak, hem araştırma yapacak, hem acile bakacak hem servise bakacak. Onların bunu yapması çok zor. Bunun yerine hantal hastaneler yerine çevik, yönetilmesi kolay, hızlı karar verebilen hastaneler olmalı. Bunun karşılığı da biz oluyoruz. Örnek verelim, bir kardiyooloji hastası var. Muayenesini olacak hemen yanda eforunu yaptıracak, oradan çıkacak hemen bir üst kattan holterini çektirecek, bir alt kattan çıkacak. Burada dolaşma diye bir şey yok, gereksiz zaman kaybı yok. Yataklı tedavi veren kurumların baktığı hastaların % 70’i poliklinik hastası, ayaktan hasta. 100 tane heyet raporu veriyoruz, bu yükten de kurtarıyoruz yataklı hastaneleri. Heyet raporunu bir günde veriyoruz, bu hizmette Türkiye’de tektir. Mesela Şişli Etfal ehliyet raporuyla uğraşmasın.”

Betimsel Analiz;

2c. Strateji ve stratejiyi destekleyen politikalar oluşturulur, gözden geçirilir ve güncellenir.

Kurumlarda misyonu ve vizyonu gerçekleştirmek amacıyla açıkça ifade edilmiş strateji ve stratejiyi destekleyen politikalar oluşturmuştur. Sürdürülebilirlik kavramlarını dikkate almaya çalıştıklarını ve bunu stratejilerine, süreç tasarımlarına dahil ettiklerini söyleyebiliriz. Ancak bu süreçlerin henüz başlangıç aşamasında olduğu görülmektedir. Kurumlar, hasta ve çalışan güvenliği ve memnuniyetine odaklanarak temel sonuçlarını takip etmektedir. Kurum bu temel sonuçların misyonlarını gerçekleştirmek için gerekli olduğunun farkındadır. Kurumlar iş sonuçlarını takip ederek geleceğe ilişkin senaryolar doğrultusunda etkili yöntemlerin uygulanması gerekliliğinin farkındadır. Özellikle somut girişimlerde bulunan ES, TSE belgesini aldıktan sonra ilgili standartların sürekliliği sağlanamamıştır. Aynı zamanda SAS başvurusu kabul edilmekle birlikte mali yetersizlik sebepleriyle girişim başlatılamamıştır.

2d. Strateji ve stratejiyi destekleyen politikalar duyurulur, uygulanır ve izlenir.

OM cevapları aşağıdaki gibidir;

Kalite Direktörü

“Bizim bir portalimiz var ve tüm çalışanların erişimi var. Bütün duyurular buradan yapılıyor. Bütün bilgisayarlarda bu sayfa ana sayfa olarak çıkıyor, duyuruları bu şekilde yayıyoruz.”

Prob (sonda) soru: SKS ye baktığımızda direk olarak liderlik ve strateji başlıklarını göremiyoruz. Siz bu konuda neler söylemek istersiniz?

“Evet haklısınız bu konular kalite kriterlerinde yok. Bize direktifler direk yukarıdan Sağlık Bakanlığı’ndan geliyor, kalite kriterlerini de Bakanlık bünyesinde, alanı da bilen bir birim hazırladığı için o bahsettiğiniz liderlik ve strateji kriterleri şimdiye kadar çok gündemde yoktu belki zaman içinde yönetim anlayışı değiştikçe gündeme gelecektir. Yeni kriterlerde personel temin planı istiyor bu daha önce yoktu bu da opsiyonel değil. Bu bir strateji aslında ama bu kadarla sınırlı. “

Prob (sonda) soru: SKS kapsamında stratejiyle ilgisi olabilecek kurumsal iletişimin sağlanmasına yönelik bazı kriterler opsiyonel olarak ifade edilmiş durumda. Çekirdek değil de opsiyonel olmasını nasıl değerlendiriyorsunuz?

“Aslında opsiyonel kalması iyi denebilir. Çünkü bu tür kriterlerin

uygulanması bizim için çok zor, bunları destekleyecek yeterli alt yapı yok, uygulanmasını sağlayacak zorunluluğuna dair yönetmelikler yok, dolayısıyla yaptırımı olamıyor. Eğer çekirdek olsaydı, gerekli alt yapı, destekleyen yöntemler olmadığından çok zorlanacaktık. Bu durum bilindiği için böyle yapıldığını düşünüyorum. Aslında SKS'nin uygulanmasına da baktığımızda daha önce ek ödemeye tabii olduğunda sahiplenilmesi çok daha kolay oluyordu, ama artık SKS puanları ek ödeme getirmediğinden daha zor bir süreçten geçiyoruz. Şimdi şöyle bir şey başardı gerçi Bakanlık önce bunu ek ödemeye başlattılar kurumda bir algı, farkındalık ve kalite kültürü oluştu, bu iyi bir şey oldu fakat şimdi onu ek ödemededen çıkarınca alanda biz bunu uygularken çeşitli defanslarla karşılaşıyoruz. Böyle durumlarda birim sorumlularından, yöneticilerimizden destek istiyoruz. Biz bazı durumlarda uygulamaya yönelik taleplerimizi çalışana ilettiğimizde defansla karşılaşıyoruz. Çalışan çok yoğunum benden bir de fazladan form doldurmamı istiyorsunuz diyor. SKS şu anda bir bağlayıcılık getirmediği için çok zorlanıyoruz. Eskiden hem çalışanlarda hem yönetimde daha çok sahiplenme vardı. Haftalık rutin değerlendirme toplantıları yapılıyordu çünkü bu yönetimin de alacağı parayı etkiliyordu. Yönetim kalite birimiyle haftalık değerlendirme toplantısı yaparak aksayan yönlerin giderilmesinde destek sağlıyordu. Aşılamayan durumlarla ilgili gerektiğinde danışmanlık vs. alınıyordu. SKS su anda hizmet kalitesini arttırmaya yönelik olarak var. Ama şöyle de bir güzelliği oldu. Yataklı tedaviler kapsamında böyle uygulamalara bir atf yoktu ve yetersiz kalabiliyordu. SKS de ise alandakilerin bir işi yaparken bunu nasıl yapabilirim diye bakabileceği bir kaynağı olmuş oldu. Bir işin nasıl yapılacağını tanımlayan tek şey aslında şu anda SKS. SKS bir yerde ufuk açıyor ve bilgilendirme yapan tek kaynak olduğu için ortak dil oluşturuyor, bir standardizasyon sağlıyor. Bu şekilde Bakanlık elindeki verilerle çeşitli düzeylerde hastanelerin karşılaştırmasını yapabilir. Tüm verilerin girildiği bir sistem var. SKS aynı zamanda Bakanlığın tüm hastanelerinde aynı şekilde kalite kültürünü de oluşturulmuş oluyor. Güzel yönleri, kuruma katkısı çok fazla ama uygulama ek ödemededen çıktığından beri sıkıntılar yaşanıyor.”

Strateji Müdürü

“Bu aşamada bir sıkıntımız yok. İntranet portalımız var. Kurumsal sosyal medyamız var. Kurumsal olarak çalışanlarımıza yönelik duyurular intranetten yapılıyor. Vatandaşlarımız için ise gerekli duyurular sosyal medya aracılığıyla gerçekleştiriliyor. Bazı zorunlu kıldığımız politikalarımız için duyurularımız oluyor. Bu tarz duyuruları okumadan ekrana erişim gerçekleşmiyor. HBYS dediğimiz Hastane Bilgi Yönetimi Sistemine giriş yapabilmesi için zorunluluk arz eden duyuruyu okumak durumundalar. Bizim stratejik olarak da hastalara daha iyi hizmet verebilmek için yeni binaya geçme durumumuz var. Bu hastaneye de bir taşınma süreci olacak, bunun için bir stratejik plan hazırlamış durumdayız. Gerekli envanter çalışmasını yapmış durumdayız, aynı zamanda dijital bir hastane olunması yönünde çalışmalarımız var. Tüm bu çalışmalar stratejimizi destekler nitelikteki uygulamalara örnektir. Tüm bu taşınma süreci için yaptığımız hazırlıklar neticesinde bütçe talebinde bulunmak üzere Sağlık Bakanlığı'na gideceğiz. Umarız gerekli bütçeyi alabiliriz ve yeni binamıza dijital hastane olarak geçmek için çalışmalarımıza başlayabiliriz. Dijital

hastane olmak için de basamak basamak takip ettiğimiz süreçlerimiz var. Örneğin yapılan tedaviler bilgisayar ortamında sistemden işaretleniyor. Bu da gerekli bir takım teknolojik alt yapı değişikliğini de yürütmemiz gereken bir süreç demek bizim için. Bu çalışmalarımız devam ediyor, yeni hastanede daha kolay bir şekilde, kağıtsız hastane dediğimiz HİMSS sertifikasını alacağımızı umuyoruz. HİMMS de order dahi ekrandan yapılabilir. Bu uygulamalar hem zaman hem maliyet tasarrufu sağlayacaktır. Tabii hastayla birebir iletişimde olduğumuz onam formları bu kapsamda değil. Bir fiziksel arşiv alanına yine de ihtiyacımız olacak. “

Prob (sonda) soru: Sizce SKS strateji uygulamalarına ne kattı?

“Strateji yazılı bir halde bulunmuyor ancak SKS’ nin tüm uygulamaları bizim bir nevi stratejimiz olmuş oluyor. Bütünsel olarak SKS’ nin uygulanması bize bir strateji oluşturdu. Ama dediğim gibi stratejik plan adı altında kurumsal olarak maalesef yazılı bir planımız yok. SKS’den önce de yoktu ama dediğim SKS ile birlikte tüm bu prosedürlerin uygulanması bize kendiliğinden bir strateji oluşturulmasını sağladı. Her hedef için kurullar, komisyonlar düzenliyoruz ve hedeflere ulaşmak için yapılacak işler bizim yol haritamız yani stratejik planımız oluyor. SKS’ nin hedefleri de bizim stratejimiz oluyor. Eksiklerimizi görebiliyoruz.”

ES cevapları aşağıdaki gibidir;

2d. Strateji ve stratejiyi destekleyen politikalar duyurulur, uygulanır ve izlenir.

Kalite Direktörü:

Web sitemizde ve intranette yayınlıyoruz, bunlar mevcut. Hedeflerimizi belirlerken bir karşılaştırma yapma durumumuz da olabiliyor. Örneğin acilde hemşire sayısının belirlenmesinde biz bizimle eşdeğer olan diğer hastanelerin çalışmalarına bakabiliyoruz. Bu arada hemşire sayısı ile alakalı servisler için bir yasal düzenleme yok, ama yoğun bakımlarda bu var. Üç hastaya bir hemşire düşer diye bir sayı mevcut. Bunun dışındaki alanlar için biz kurumsal olarak bir standart belirledik. Örneğin palyatifte beş hastaya bir hemşire düşer gibi bir düzenlememiz oldu. Burada bir sebep-sonuç ilişkisi kurmak durumundasınız. Daha az veya daha fazla olması hasta ve çalışan memnuniyeti ve güvenliği olan temel stratejiye nasıl etki eder bunlar bizim için karar vermede önceliğimiz. Daha büyük planda da 2017’nin temel sonuçlarına bakarak bir sebep-sonuç ilişkisi kurarak 2018’in planlamasını yapıyoruz.

Prob (sonda) soru: Bir kamu kurumu hastanesi olarak sektördeki fırsatları, yenilikleri değerlendirmede nasıl bir yol izliyorsunuz? Bu değerlendirmeleri amaç ve hedeflerinize nasıl yansıtıyorsunuz?

Cevap: “Aslında Eyüp Hastanesi’nin bir potansiyeli var ama çok değiştiğini

söyleyemeyiz. Bazen hastanede stant açıyoruz ve hastaların beklentilerini oradan alabiliyoruz, anketlerden de yine beklentilerine bakabiliyoruz. Kalite kongrelerinde de hastaneler stantlar açıp kendi -en iyi uygulamalarını- tanıtabiliyorlar. Bunlar da bizler için faydalı olabiliyor. Biz de bir stant açıp kendi yeni uygulamamız olan doküman ağımızın tanıtımını yapmıştık. Daha sonra bizi Ağrı'dan Van'dan arayanlar oldu bilgi ve belge istemek için, biz de onlara dönüş yaptık. Bu tür yenilikçi uygulamaları biz kalite odaklı düşünerek ortaya çıkardık ve gördük ki bu tür kalite odaklı çalışmalar hem çalışana hem hastaya fayda sağlıyor. Tabii bu tür yeniliklerin hastanenin amaç ve hedeflerine yansıtılması, buna uygun politikalar geliştirmesi daha kolay oluyor. Bizim yazılıma meraklı bir arkadaşımız var, o bize çok pratik ekranlar hazırladı mesela. Biz onları da paylaşıyoruz diğer hastanelerden isteyenler olursa. Bu uygulama standardı geliştirmiş oldu. Ama bu bizim arkadaşımızın bu konudaki yeteneği sayesinde oldu tabi ki. Ama daha büyük ölçekli yenilikler için alt yapı ve bütçe gerekeceğinden bu konuda Sağlık Bakanlığı'na tabiiyiz.”

İdari ve Mali İşler Müdürü:

“Kurumumuzun stratejisini Bakanlığın temel stratejik hedeflerine göre belirlerken tabi ki önümüzde bir süreç oluyor. Bunlar bir günde olacak şeyler olamıyor. Bunun duyurulması, alt yapı çalışmalarının yapılması bir zaman alıyor. Bu aşamada biz de sürekli olarak Bakanlık ile iletişim halinde kalarak hedeflerimizi uzun ve kısa vadeli olarak belirliyoruz. Kendi süreçlerimizi de bu plana göre takip ediyoruz. Ve tüm süreçleri faaliyet planı çerçevesinde web sitemizde yayınlıyoruz. “

SÇ cevapları aşağıdaki gibidir;

2d. Strateji ve stratejiyi destekleyen politikalar duyurulur, uygulanır ve izlenir.

Kalite Direktörü

“Biz kurum olarak misyon vizyon ve değerlerimizi yayınladık ancak stratejik hedeflerimiz olmasına rağmen bunları yayınlamadık. SKS sadece misyon, vizyon için kamuoyuna açık olsun dediği için stratejik hedeflerimizi yayınlamayı tercih etmedik.”

Başhekim:

“Bu hizmetlerin duyurularını web sitemizde yapıyoruz.”

Betimsel Analiz;

2d. Strateji ve stratejiyi destekleyen politikalar duyurulur, uygulanır ve izlenir.

Stratejilerin; uyumlu hale getirilmiş süreçlere, projelere ve kurumsal yapılara istenildiği kadar aktarılamadığı gözlemlenmiştir. Örneğin OM, çalışan memnuniyetini arttırmaya yönelik hedefleri sağlayabilmek için mali kaynakların personel motivasyonuna aktarılması konusunda kısıtlı imkanlara sahiptir. Ancak personel motivasyonunu arttırmaya yönelik olarak fiziksel imkanların geliştirilmesi hassasiyetle üzerinde durulan bir konudur. ES’de ise çalışan memnuniyetini sağlamaya yönelik hedefleri sağlayabilmek için personel sayısını artırma hedeflerinin henüz gerçekleşmediği gözlemlenmektedir. Kurumlarda hedef belirleme konusunda Sağlık Bakanlığı stratejisini esas alındığı gözlenmektedir. Bu yönde de kendi yetenekleri dahilinde çeşitli hizmetleri mevcuttur. Diğer hastanelerin en iyi uygulama örneklerinin değerlendirildiği ve bu yönde karşılaştırmaların yapıldığı görülmektedir. Ancak bu karşılaştırma sonuçlarının kurumun stratejisini belirlerken bölgedeki diğer hastanelerin mevcut ve potansiyel organizasyonel yeterliliklerinin ve stratejik hedeflerinin esas alınmadığı söylenebilir. Kurumsal gelişimi desteklemek üzere gerekli mali, teknolojik desteğin Bakanlık tarafından sağlandığı görülmektedir. Kurumların bütçe performansını yönetmede başarılı olduğu gözlemlenmiştir. Kurumlar temel yetkinlikleri kapsamında hizmetler sunabilmekte ve bu hizmetleri daha geniş bir topluma yayma gayreti içindedir. Örneğin SÇ Ayaklı tedavi hizmeti veren hastane iken 200 yatak kapasiteli bir hastane olma yolunda girişimleri mevcuttur. Ancak süreç henüz tamamlanmamıştır. OM’de pazarı ve pazardaki fırsatları anlayarak yenileşim için belirlenmiş bir amaç ve hedefinin bulunduğu görülmüştür bu hedef; yeni binaya geçmek ve dijital hastane olmakla birlikte süreç henüz tamamlanmamıştır. ES’de uygulanan TRSM ve Palyatif Bakım Merkezi yenileşim çalışmaları için örnek teşkil etmektedir. SÇ ise büyüme hedefi koymuştur ancak süreci uygun kaynaklarla desteklemede kısıtlı imkanlara sahiptir. Kurumlardan OM ve SÇ stratejik plan, amaç ve hedeflerini tüm paydaşları ile paylaşmamışken ES faaliyet raporunu web sitesinde yayınlarak bu paylaşımı yapmıştır.

Üç kurumun da strateji kriterini ne düzeyde karşıladıkları aşağıdaki tabloda özetlenmiştir;

Tablo 22. OM- Strateji Kriterlerinin Karşılanma Düzeyi

STRATEJİ	Alt Kriterler	Özellikler	Görülmemekte	Kısmen Görülmemekte	Görülmemekte
	2a	Şimdiki ve gelecekteki paydaş beklentileri			X
	2b	İç performansın ve yeteneklerin anlaşılması, veri ve bilgi analizi, karşılaştırma			X
	2c	Geliştirme, gözden geçirme ve güncelleştirme			X
	2d	Duyurma, uygulama ve izleme		X	

Tablo 23. ES- Strateji Kriterlerinin Karşılanma Düzeyi

STRATEJİ	Alt Kriterler	Özellikler	Görülmemekte	Kısmen Görülmemekte	Görülmemekte
	2a	Şimdiki ve gelecekteki paydaş beklentileri			X
	2b	İç performansın ve yeteneklerin anlaşılması, veri ve bilgi analizi, karşılaştırma			X
	2c	Geliştirme, gözden geçirme ve güncelleştirme			X
	2d	Duyurma, uygulama ve izleme			X

Tablo 24. SÇ- Strateji Kriterlerinin Karşılanma Düzeyi

STRATEJİ	Alt Kriterler	Özellikler	Görülmemekte	Kısmen Görülmemekte	Görülmemekte
	2a	Şimdiki ve gelecekteki paydaş beklentileri			X
	2b	İç performansın ve yeteneklerin anlaşılması, veri ve bilgi analizi, karşılaştırma			X
	2c	Geliştirme, gözden geçirme ve güncelleştirme			X
	2d	Duyurma, uygulama ve izleme			X

3.ANA SORU

ÇALIŞANLAR

Görüşme formunda geçen çalışanlara yönelik tanım yapıldıktan sonra katılımcıların tanıma katıldıkları yönünde olumlu görüşleri alındıktan sonra konuyu derinleştirmek adına alt sorulara geçilmiştir.

Alt Sorular:

3a. Çalışanlara ilişkin planlar kuruluşun stratejisini destekler.

OM cevapları aşağıdaki gibidir;

Kalite Direktörü

“Bunu şöyle örnek verebiliriz. Örneğin Bakanlığın stratejisinde hastaların bekleme sürelerinin minimumda olması var. Doğal olarak bu hastanelerinde stratejisi oluyor ve SKS de bunu destekliyor. Bu anlamda hastaneler personel ihtiyaçlarını bekleme sürelerini en aza indirecek şekilde belirleyip buna göre talepte bulunabiliyorlar.”

Strateji Müdürü

Konunun açılması istendiği için görüşme formunda yer alan alternatif soru sorulduktan sonra cevap alınmıştır.

“Bunun için ne desem yavan kalacak. Direkt olarak böyle bir çalışan planımız yok. Kamu kuruluşlarında insan kaynakları birimi olmadığı için atama yoluyla göreve gelindiği için ve hastane olarak bizim bir çalışan seçme durumumuz olmadığı için ne desem çok oturmayacak. Taşeron firmalardan hizmet aldığımız süreçte destek hizmetleri biriminin bir işe alım süreci oluyordu. Ama taşeronların kadroya geçmesiyle o hizmeti bize şu anda İşkur sağlıyor. Dolayısıyla bizim çalışanı işe alma, onun kariyer planını yapma gibi bir sürecimiz yok. Birim yöneticileri bir nevi insan kaynakları yönetimini de yapıyor ama bu sizin beklediğiniz anlamda olamıyor. Hekimler direkt görev yeri belli olarak atanıp geliyor, hemşire de zaten hemşire olarak kendi deneyimleri, istekleri dikkate alınmakla birlikte çok spesifik bir deneyimi yoksa örneğin ameliyathane hemşiresi, diyaliz hemşiresi gibi ihtiyaç duyulan alanda göreve başlıyor. Burada öncelik açık olan alanda hizmetin devamlılığını, sürekliliğini sağlamak olduğu için olaya böyle bakmak durumundayız. Çalışanlar için bir beklenen performans düzeyi diye bir şey belirleyemiyoruz. Sadece hekim grubunun ek ödemeleri oluyor. O da Sağlık Bakanlığı tarafından uygulanıyor. Zaten hastanemiz çok yoğun çalışan bir kurum. Herkes fazlasıyla iş yüküne sahip ve gerçekten sahada çalışan

arkadaşlar çok yoğun. Bununla birlikte çalışan memnuniyeti anketlerimiz, öneri şikayet kutularımız, talep ve şikayete yönelik olarak çalışanlarımızın birim yöneticisine yaptığı bireysel başvurular da düzenli olarak değerlendirilip bu anlamda gerekli iyileştirme çalışmaları yapılıyor.

ES cevapları aşağıdaki gibidir;

3a. Çalışanlara ilişkin planlar kuruluşun stratejisini destekler

Kalite Direktörü:

“Çalışanlarla biz onların da görüşlerini alabileceğimiz birim toplantıları düzenliyoruz. SKS kapsamında da bunların yapılması gerekiyor. Biz her Pazartesi yönetim toplantısı yapıyoruz. Her birimin de bir haftası var, birimlere özgü. Bu toplantılarda başhekim bey de bulunur ve birim yöneticileri genelde sıkıntılarını dile getirir. Birim yöneticileri alandaki arkadaşların temsilcisi gibidir. Onlar adına da konuşurlar. Sıkıntılı alanlar için DÖF açıyoruz.”

Prob (sonda) soru: Çalışanlara yönelik ifade ettiğiniz bu uygulamalar hangi stratejik amacınız için yapılmış oluyor.

Cevap: “Biz stratejik amaçlarımızın çalışanlar ile ilgili olan kısmını onların sağlıklı ve güvenli çalışma yaşamında çalışmalarını sağlamak üzere belirledik. Bir nevi memnuniyetlerini esas aldık. Tabii genelde çalışanların memnuniyeti temelde maddi oluyor. Bizim çalışanlarımız için bu böyle ama tabii biz kamu hastanesi olduğumuz için bu konuda çok bir şey yapamıyoruz. Tabii biz hastane 1 olarak ek ödemenin %99’unu başhekim bey zaten çalışanlarımıza aktarıyor. Bu konuda başhekimimiz için öncelik çalışanlar oluyor.”

Prob (sonda) soru: Uygulamada çalışanlara ilişkin planlar teknoloji ve süreçlerinizle uyumlu mu?

Cevap: “Bu konuda elimizden geldiğince uyum çalışmaları yapıyoruz. Bizim bütün süreçlerimiz tanımlı, organizasyon yapımız mevcut durumdadır.”

Prob (sonda) soru: Stratejik amaçlara ulaşmak için organizasyon yapınızı hızlı bir şekilde düzenleyebiliyor musunuz?

Cevap: “Bizim organizasyon şemamızda yapımız tek tip değildir biz hizmetin devamlılığını da esas aldığımızdan bir organizasyon dağılım planı yaptık, izin dönemlerinde kim kimin yerine bakacak bellidir. Yaklaşık 35 sayfalık bir dokümantasyonumuz var bununla ilgili ve web sitemizde yayınladık. Çalışan da buradan bakıp bilgi edinir. Gelip bize sormazlar. Bu bizde çok detaylıdır ve herkeste yoktur, başhekimimiz bu dağılım şemasına çok önem verir ve detaylı bir çalışmadır. Buradan baktığınızda kimin görevi nedir, kimin yedeği kimdir bütün bilgiler vardır. Biz bunları 3 ayda bir güncelliyoruz. Gerekli revizyonları başhekim bey kendisi yapar.”

Prob (sonda) soru: Siz kamu kurumu olarak işe alım yapmıyorsunuz ama kariyer geliştirme, görev değişikliği ve terfi planlarına ilişkin süreçleri nasıl yönetiyorsunuz?

Cevap: “Alanda yüksek lisans yapan ya da doktora yapan arkadaşlar farklı görevler talep ediyorlar. Biz de pozisyonun müsaitlik durumuna göre değerlendirebiliyoruz. Terfi dediğimiz durum böyle olabiliyor. Örneğin acilde çalışan bir hemşire arkadaşımız iş sağlığı ve güvenliği alanında bir yüksek lisans yapmışsa onu o birim için değerlendiriyoruz. Ancak buradaki var olan ekibi de bozma durumumuz olamayacağından oradan biri ayrılırsa değerlendirebiliyoruz. Burada dilekçe veren kişilerin talepleri esas alınmıyor, gönüllülük esas kesinlikle. Tabii sorumlularından da bilgi alarak bir değerlendirme yapıyoruz. Ayrıca ÇMA anketlerinin değerlendirilmesini yaparak da süreç iyileştirme yapıyoruz.”

Sağlık Hizmetleri Müdürü

“SKS de çalışanlarla ilgili sağlıklı çalışma yaşamı diye bir boyut var o boyutta personelin temin planından başlıyor. Bizden de Bakanlık bir temin planı istiyor. Biz her yıl kaç personele ihtiyacımız olduğunu belirliyoruz. Bunu belirlerken de yatak kapasitemiz, yeni açılan birimlerimiz gibi unsurları dikkate alıyoruz. Bu planlar doğrultusunda da Bakanlık bize atamaları yapıyor.

Prob (sonda) soru: Çalışan temsilcileriniz var mı?

Cevap: Evet var. Sendikalar vasıtasıyla bunu sağlıyoruz. Onları genellikle çalışanların görüşlerini almak açısından iş güvenliği kurullarında bulunduruyoruz. Asil üyelikleri mutlaka oluyor.

Prob (sonda) soru: Çalışanlara ilişkin planlarınızı nasıl organize ediyorsunuz?

Cevap: “Bizim böyle bir SKS de yararlandığımız bir alanımız yok. Biz bu süreçleri gözlemleyerek, alandan gelen talepleri dikkate alarak yapabiliyoruz. Örneğin bir serviste bir hemşire 5 hasta bakabiliyor ise biz bunu daha fazla yapamayız. Zorlanabilir, hata yapma ihtimali artar. O yüzden beş hasta ile sınırlandırmış durumdayız. Sonra ameliyathane için diyoruz ki 6 masamız var 12 hemşiremiz olsun, böylece yedeklemiş olabiliyoruz. Yoğun bakım için standart 3 hastaya bir hemşire düşecek şekilde planlama yapıyoruz. Yoğun bakım standardı zaten böyle olduğu için daha farklı hareket edemeyiz. Tüm bunları hasta yoğunluğuna göre, hastaların genel durumuna göre belirliyoruz. Planlamalarımızı her ayın sonunda yapıyoruz. O ayın son durumuna göre eksiklikler tespit ediliyor ve bir çalışan planı çıkarılıyor. Biraz günü kurtarıyoruz açıkçası, yılbaşında yapılan plan yılsonuna kadar bir çok defa değişebiliyor.”

Prob (sonda) soru: Kariyer geliştirme, görev değişikliği gibi konular için neler söyleyebilirsiniz?

Cevap: “Bu konuda da adil davranmak bizim için çok önemli. Örneğin bir kişiyi eğitim hemşiresi gibi bir alanda kullanacaksak onun analitik zekaya sahip olması, araştırmacı olması gibi özelliklerinin olmasına dikkat ediyoruz ve bu tür çalışanları sertifika programlarına göndermeye çalışıyoruz, bununla birlikte şimdiye kadar göstermiş olduğu performansı da dikkate alıyoruz. Biz özellikle yüksek lisans ve doktora programlarına çalışanlarımızı yönlendiriyoruz, onlara nöbet izinleri vererek eğitimlerini destekliyoruz. Eğitim haklarını engellemeden çalışmalarını sağlıyoruz. Bir kişinin görev yeri değişecekse de mutlaka onun düşüncesini alıyoruz. Görev değişikliği isteyen çalışanlarımızın taleplerini de mutlaka değerlendirip geri dönüş sağlıyoruz. Sorumlularının da fikrini mutlaka alıyoruz. Bazen ekip uyumsuzluğu, hasta takibinde sorunlar yaşanabiliyor. Böyle durumlarda da onun kişilik özelliklerine daha uygun bir alanda çalışmasını önerebiliyoruz. Hastaneler arasında da eğitime gönderme şansımız olabiliyor. Örneğin zor doğumda tecrübesi olmayan bir ebeyi bunu görebileceği başka bir hastaneye gözlemci olarak gönderebiliyoruz. Tabii biz daha çok günü kurtarmaya çalışıyoruz, hizmetin aksamamasını sağlamaya çalışıyoruz. Bunun dışında hizmetin geliştirilmesi, süreç iyileştirme, akademik yayınlar yapma gibi bir takım çok önemli konulara açıkçası vakit kalmıyor. Biz SAS kapsamında hemşireler için bir performans ölçüm kriterleri belirlemeye çalıştık ama bu kriterler biraz soyut kaldı ve sonunda hekimlikte olduğu gibi bir ücretlendirmeye de dayanmadığı için çok da yerini bulmadı. Aynı zamanda iş barışını da zedeledi. Biz de bunu uygulamadık. Ama bu konunun gelişmesi gerektiğini düşünüyorum. Dediğim gibi işin geliştirilmesi, süreç iyileştirme konuları için performans ölçümünün belirlenmesi çok önemli. Bunun dışında veri girişte performans ölçümü var. Hastanın kaydını doğru ve hızlı alabiliyor mu, kayıtları güncel mi gibi. Orada tüm işlemler HBYS şifresi ile yapıldığından verilere ulaşmak çok kolay oluyor. Ama genel olarak SKS kapsamında böyle bir tanımlama mevcut değil diyebiliriz.”

Prob (sonda) soru: İyileştirme çalışmalarını nasıl sağlıyorsunuz?

Cevap: “Anketlerden, webden, görüş öneri kutularından gelen bildirimleri değerlendiriyoruz. Bunun dışında görüşünü direk idarecilere de aktarabilecekleri bir kültürümüz var. Kapımız tüm çalışanlarımıza açıktır. Çok kolay gelebiliyorlar, cep telefonlarından arayarak şikayetlerini sıkıntılarını ifade edebiliyorlar. İyileştirmeler fiziksel alanla ilgili düzenlemeler oluyor çoğunlukla.”

SC cevapları aşağıdaki gibidir;

3a. Çalışanlara ilişkin planlar kuruluşun stratejisini destekler.

Çalışanlara yönelik temel stratejilerimizin başında çalışan memnuniyeti geliyor. Bunun için çalışanların memnuniyetine yönelik performans göstergeleri SKS kapsamında var ama bunları isterken uygulamada nasıl yapılacağı konusunda sıkıntı var. Örneğin çalışan memnuniyeti anketinde ödüllendirme yapılması isteniyor ama bunun uygulanabilirliği yok. Çünkü çalışanların ödüllendirme konusundaki talebi maddiyat. Ama bizim bunu uygulamak için bir bütçemiz maalesef yok. Biz teşekkür, takdir belgesi verebiliyoruz.

Prob (sonda) soru: Çalışanlara verilecek olan teşekkür belgeleri için kriterlerinizi belirlediniz mi?

Cevap: “Bununla ilgili talimat oluşturduk ve kriter olarak hasta teşekkürlerini gösterge olarak alacağımızı bildirdik. Yönetim tarafından verilmesini denedik ama bu iş barışında sıkıntıya yol açtı maalesef. Bizde bunun için hastaların görüşlerini dikkate alacağımızı bildirdik. Ama yine de tam bir memnuniyet sağladığımızı söyleyemeyeceğim. Biz bunun yanı sıra sosyalleşmeye de ağırlık verdik. Geziler düzenledik, kendi bölgemizden başlayarak Dolmabahçe Sarayı’ nı gezdik, daha sonra Topkapı Sarayı, Yerebatan Sarnıcı, Panorama 1453 ziyaretlerimiz ve sonrasında yemeklerimiz oldu, bu gezilere katılım yoğun oldu ve bunların devamını getireceğiz. Bunun yanı sıra bir folklor grubumuz var mesai saatleri dışında ders almak isteyen çalışanlarımız eğitim alıyor, hatta 14 Mart Tıp Bayramı’nda gösteri de yaptık ve çok beğenildi. Sonrasında Kalite gereği işaret dili öğreniminin yaygınlaşmasını sağladık. İşaret dilini bilen personel sayımız az olduğu için, izin dönemlerinde hizmetin aksaması bizi buna sevk etti. Böylece hem çalışan memnuniyetine destek sağladık hem de bu hasta memnuniyetine de yansıdı ve kurumumuz için de bir avantaj oldu. Bu kursa 14 kişi katılıyor ve hatta çalışanlarımız bunun yanı sıra yabancı uyruklu hastalar için yabancı dil eğitimi almak istediklerini de talep ettiler ve bu yönde de çalışmalarımızı başlattık.”

Prob (sonda) soru: Çalışanlara ilişkin planları; kuruluşun stratejisi, organizasyon yapısı, yeni teknolojiler ve temel süreçlerle uyumlu hale getirmesi konusundaki görüşlerinizi alabilir miyim?

Cevap: “Bu konunun SKS kriterinde yeri var bu uyumla ilgili. SKS organizasyon şemasının oluşturulmasını, görev yetki ve sorumlulukların tanımlanmasını istiyor. Bu konuda da Bakanlığın bir şeyler yapması gerektiğini düşünüyorum şöyle ki görev tanımında olmayan bazı şeyleri SKS kapsamında istediğimizde çalışandan tepki alabiliyoruz “bu görev tanımında yok” diyebiliyor. Halbuki SKS’de ucu açık olan bazı durumlar var, yönetici isteğine bırakılmış durumlar var, dolayısıyla bunları görev tanımına standart olarak ekleyemediğimizde sorun yaşayabiliyoruz. SKS’de var olan açık uçlu istekler yerine daha kesin bir dil olması uyumu destekleyebilecektir. Her türlü

planı yönetimimiz çalışanlarımızla belirliyor ve organizasyon şemamızda bu şekilde yer alıyor ve biz kendi basımıza uyum sağlamaya çalışıyoruz ama alanda kalite uygulamalarında bunu tam anlamıyla sağlayamıyoruz. Örneğin SKS konsültasyon sürelerini takip edin ve hastanın konsültasyonunu 30 dakika içinde yapın diyor ve bunu yardımcı sağlık personelinin bekliyor, hekimden istemiyor. Burada amaç hastanın gereksiz yere bekletilmemesi ve hastanın memnuniyeti, biz de bu durumu hemşirelerimize söylüyoruz ama süreç tam olarak kesin tanımlanmadığı için bir karşı çıkma durumu olabiliyor. Yönetim her ne kadar her toplantıda kalitenin bir ekip işi olduğunu söylese de hekimler de hasta yoğunluğu nedeniyle bunun takibinin yapılamayacağını ifade edebiliyorlar. Biz kalite gereği hizmet sunumuna ilişkin süreçleri çalışanlarımızla birlikte değerlendiriyoruz, öneri görüşleri de değerlendiriyoruz ama her sorun için çözüm bulamıyoruz maalesef. Özellikle çözümsüz kalan süreçlerimiz fiziki alana dair kısıtlar oluyor. Dinlenme alanları dar, arşiv alanı dar ve hastane bize küçük geliyor. Bununla ilgili çalışmalarımız var 200 yataklı bir hastane olmak üzere onay alındı.”

Prob (sonda) soru: Çalışan temsilcileriniz var mıdır?

Cevap: Evet var. Yönetmelik kapsamında biz seçimle bir atama yaptık.

Prob (sonda) soru: Kamu kurumu olduğunuz için işe alım ve terfi sürecinde hastane olarak bir fonksiyonunuz yok ama performansı iyileştirme anlamında neler yapıyorsunuz?

Cevap: “Devletin en sıkıntılı olduğu alan burası bence. Açıkçası en sıkıntılı, iletişimi en bozuk olan çalışan için görev değişikliği, rotasyon yapabiliyoruz. Onun yerine de çok çalışan personeli alıyoruz maalesef. Yaptırım bu kadarla sınırlı. Kadro olarak her ne kadar var gibi olsa da verim açısından yetersiz olduğundan diğer çalışanlar onun işini de yapmak durumunda kalıyor. Örneğin dört kişilik bir alanda bir kişi çalışmayınca üç kişiye yük biniyor bu da hem hasta hem çalışan memnuniyetini olumsuz etkiliyor. Açıkçası döner sermaye tüm personele verildiğinden çalışan da çalışmayan da aynı ödülü almış oluyor.”

Betimsel Analiz;

3a. Çalışanlara ilişkin planlar kuruluşun stratejisini destekler

Kurumlar tüm çalışanlarının performans düzeylerini açıkça tanımlayarak stratejik amaçları gerçekleştirme yoluna gidememektedir. Sadece hekim bazı performans göstergeleri tanımlıdır. Diğer çalışanlar için böyle bir performans göstergesi tanımlı mevcut değildir. Bununla birlikte performansla ilgili gerek hasta şikayet ve beklentileri gerek çalışanların istek ve beklentileri gerek birim sorumluların değerlendirmeleri performans takibinde kullanılmaktadır. Ancak bu sürecin bütünsel

ve yaygın bir yaklaşıma dayanmadığı görülmektedir. Çalışanlara ilişkin planlarını SKS kriterlerine ve Verimlilik kriterlerine uyumlu olarak tahsis etmek suretiyle gerekli eğitim ve oryantasyon çalışmaları yürütülmektedir. Kurumların eğitim hedeflerini gerçekleştirdiği görülmektedir. Kurumlarda organizasyonel yapıyı stratejik amaçlara ulaşmada hızlı bir şekilde düzenlemeyi destekleyen bir göstergeye rastlanmamıştır. Bu tür uygulamalar bürokratik süreçler nedeniyle zaman almaktadır. Çalışanların ve temsilcilerinin; çalışanlara yönelik strateji, politika ve planları geliştirme ve gözden geçirme, fikir bildiriminde bulunma ve yenilikçi süreçlere katılımı sağlanmaktadır. Bu süreçler komiteler aracılığı ile yapılmaktadır. Çalışanların kariyer geliştirme, görev değişikliği ve terfi planlarına ilişkin süreçleri özellikle eğitime verilen önem ve ilgi ile desteklemeye çalışmaktadırlar ancak bu konuda politikalar oluşturmada kısıtlı imkanlar mevcuttur. Çalışan memnuniyeti vb. uygulamalar ile geri bildirimler alınmaktadır. Ancak anketlerdeki soruların kapsam olarak yeterli olmadığı görülmektedir ve bu durum ilgili idareciler tarafından da beyan edilmiştir.

3b. Çalışanların bilgi birikimleri ve yetenekleri geliştirilir.

OM cevapları aşağıdaki gibidir;

Kalite Direktörü

“Sağlık Bakanlığının belirlemiş olduğu eğitimlere göre çalışan eğitimleri düzenleniyor.”

Prob (sonda) soru: bunların dışında bir ihtiyaç tespit ettiğinizde bir eğitim düzenleyebiliyor musunuz?

“Biz çalışanlar arası iletişim, hastalarla iletişim gibi bir eğitim talebinde bulunmuştuk. Bunu hastanemizde bulunan sosyal hizmet uzmanları ve psikologlarımızdan destek alarak bu tarz eğitimleri de hizmet içi eğitim programı kapsamında yürütüyoruz. İş sağlığı eğitimleri, acil durum afet yönetimi eğitimleri gibi çeşitli eğitimleri bu şekilde sağlayabiliyoruz. Bununla birlikte örneğin Hemşireler haftasında üniversitelerden hocalar davet edilerek söyleşiler yapılabilir. Bunun gibi birçok örnek verebiliriz. Sağlık sektörü dışından da eğitimler verilebilir. “

Strateji Müdürü

“Tabii bunu yapıyoruz. Sağlık alanında çok sık kongreler düzenlenir, düzenli eğitimler çok sık olur. Bu tür organizasyonlara katılımı destekliyoruz.

Özellikle kongrelere bir bildiriniz varsa katılabiliyorsunuz. Katılım için maddi yükümlülüğü, izni devlet sağlıyor. Ama onun dışında da senelik izinlerinizden kullanarak yine katılım sağlayabiliyorsunuz. Bu konuda hiç sıkıntı yaşamıyoruz. Katılım taleplerinin hepsini karşılayabiliyoruz. Bu konuda çalışanlar destekleniyor. Özellikle hekim grubu.”

ES cevapları aşağıdaki gibidir;;

3b. Çalışanların bilgi birikimleri ve yetenekleri geliştirilir.

Kalite Direktörü:

“Bizim eğitimlerimiz oluyor. SKS kapsamında yaptığımız bölüm bazlı birey bazlı bir çok eğitim içeriğine sahibiz. Enfeksiyon hemşireliği, diyabet hemşireliği sertifika eğitimleri gibi bir takım eğitimlerimiz için çalışanlarımızı bu tür eğitimlerle destekliyoruz. Dışarda olan sempozyumlar, eğitimler de olabiliyor, biz bu konuda da kolaylıklar sağlıyoruz. Zaten çalışanların böyle bir hakları var ve izinleri de var. Eğitim katılımı olduğunda bu normal mesai gibi gösteriliyor. Ayrıca biz de kurum olarak “Palyatif Yaşam Merkezi” olarak tescillendiğimiz için biz de bu konuda sertifika eğitimleri verebileceğiz. Bunun için de çalışmalarımız mevcut.”

Sağlık Hizmetleri Birimi:

“Bizim misyon ve vizyonumuz hasta ve çalışanların memnuniyeti ve güvenliğine odaklı. Oryantasyon eğitimlerimizde de mutlaka bu misyon ve vizyonumuzu çalışanlarımızla paylaşıyoruz ve bunu geliştirecek eğitimler yapıyoruz. Tabii bununla beraber sağlıkta yetkinlik ve beceri zamanla kazanılıyor ama biz bunu eğitimlerle desteklemeye çalışıyoruz. Eğitimlerimizi de ihtiyaca göre belirliyoruz. Mesela bir dönem kesici ve delici alet yaralanmaları çoğaldı ise biz bu konuya yönelik bir araştırma yapıyoruz ve sorunu tespit ederek eğitimlerimizi planlıyoruz. Bizim burada avantajımız gidenimizin olmaması. Dolayısıyla çalışanlarımızın özelliklerini biliyoruz ve onların kişisel yeteneklerinin farkına varabiliyoruz. Örneğin çalıştığı alanda uyumsuzluk yaşayan bir arkadaşımız vardı, onu bire bir iletişimin gerçekleştiği bir alana almaya karar verdik ve çok da güzel oldu. Kendisi uyumsuz, geçimsiz diye anılırken şimdi çalıştığı yerde çok başarılı oldu ve çok güzel işlere imza attı ve orada özünü buldu. Yine bir örnek verecek olursak ikili iletişimi daha iyi olan çalışanımızı daha az hastanın olduğu ama daha çok işin olduğu, bir çalışma arkadaşının bulunduğu yerlere verebiliyoruz ve onun da daha iyi bir performans gösterdiğini görebiliyoruz.”

Prob (sonda) soru: Performans değerlendirmesi yapabiliyor musunuz?

Cevap: “Onu daha önce yapıyorduk. Sadece yöneticisinin ve kişinin kendisinin görebileceği bir performans puanı veriliyordu. Bu puan 90’ın üstünde olursa kıdeme yansiyordu. Ama şimdi bu uygulama yok. Böyle bir değerlendirmeyi SKS de istemiyor.”

Prob (sonda) soru: Gelecekteki görev değişikliğini güvence altına almaya yönelik bir uygulamanız buna yönelik istihdama yönelik çalışmalarınız oluyor mu?

Cevap: Bu mümkün olamıyor. Çünkü geleceğin garantisini veremiyorsunuz.

SÇ cevapları aşağıdaki gibidir;

3b. Çalışanların bilgi birikimleri ve yetenekleri geliştirilir.

Başhekimimiz kişisel gelişime çok önem veriyor. Her türlü kongre, seminere katılıyoruz. Bu konuda hiçbir sıkıntımız yok. Çalışanlardan gelen hiçbir eğitim talebi geri çevrilmiyor. Hatta geçenlerde bir yardımcı personelimizin bir kongreye katılım talebi oldu ve gerekli izinleri verildi, katılımı sağlandı.

Prob (sonda) soru: İyi performans gösteren, kendini geliştiren personelin kariyer gelişimini nasıl destekliyorsunuz, onu elde tutmak için nasıl planlar yapıyorsunuz?

“Bu konuda gerekli görev değişikliği talebi olursa karşılıyoruz mutlaka, görev değişikliğini yapıyoruz. Bunun yanı sıra örneğin Kalite Direktörüne, eğitim birimine talep çok ama kontenjan sınırı olduğundan o pozisyonu beklemek durumunda kalabiliyor. Burada bir şey eklemek istiyorum. Kalite yönetiminde görev yapan çalışanların da bazı motivasyon anlamında sıkıntıları var. Kalite Direktöründe sertifikalandırma yok, bir eğitim hemşireliği bir enfeksiyon hemşireliği gibi sertifikalandırma olmadığı için her an görevden alınma durumumuz olabiliyor ve onca emeğimiz boşa gidebiliyor. Bu da kaliteye insanları küstürebiliyor. Bir eğitim hemşiresi ek görevlendirme ile karşı karşıya kalmazken, Kalite Direktöründe böyle bir sertifikasyon olmadığından ek görevlendirme ile karşı karşıya kalabiliyor bu da kalite gönüllülerini maalesef işe küstürebiliyor. Ve alanda böyle ek görevlendirmelerle görevden alınan çalışanlar olabiliyor. Kalite çalışanlarının da kadrolu çalışabilmesi çok önemli ve bunun sağlanması gerekli bence. Ayrıca kalite çalışanlarından denetimci de çıkabiliyor ama denetime katılma durumu başhekimliğin inisiyatifinde, katılamadığımızda bu da motivasyon kırıcı olabiliyor.”

Betimsel analiz;

3b. Çalışanların bilgi birikimleri ve yetenekleri geliştirilir.

Kurumlarda Sağlık Bakanlığı'nın rutin eğitim takvimine uygun olarak hareket edilmektedir. Ancak gerektiğinde ya da talep olduğunda ek olarak hizmet içi eğitimler de iç kaynaklar vasıtası ile yapılabilmektedir. Eğitim süreçlerinin kilit bir faktör ve yetkinlik, beceri geliştirme konusunda temel araç olduğu gözlenmektedir. Performans düzeyi tanımı ise tüm çalışanlar için değil sadece hekimler için mevcuttur. Çalışanların

bağlılıklarını arttırmada kamu kurumu olmasının avantajını yaşamaktadır. Ancak her çalışanın en üst düzeyde katılımını sağlamanın istenilen seviyede olmadığına dair kanıtlar mevcuttur. Özellikle kalite çalışmalarında işbirliğinde eskiye oranla az da olsa sıkıntılar mevcuttur. Bu tür defansların temel nedeni olarak SKS puanının ek ödemededen çıkarıldığı ifade edilmiştir. SKS çalışmalarının mali unsurlarla ilişkilendirilmesinin her düzeydeki çalışan katkısını arttıracığı bildirilmiştir. Çalışanlara yönelik gelecekteki görevlerinin planlanması ve bu yönde uygunluklarının güvenceye alınması gibi bir çalışmanın yapılamadığı ifade edilmiştir. Çalışanların katkılarını en üst düzeye çıkarmada kısıtlı kaynaklara ve fırsatlara sahip olduğu gözlemlenmiştir.

3c. Çalışanların yön birliği ve katılımı sağlanır, çalışanlar yetkelendirilir.

OM cevapları aşağıdaki gibidir;

Kalite Direktörü

“Buna şöyle örnek verebiliriz. Kalite adına yaptığımız değerlendirme turları ekiplerini alandaki çalışanlardan oluşturuyoruz. Bu ekiplerde hekimler, hemşireler ve diğer hizmet verenler olabiliyor. Bu da kalite adına yetkelendirme sağlıyor. Özdeğerlendirme dışında birim olarak baktığımızda herkesin yetki alanları belirlenmiş durumda. “

Strateji Müdürü:

“Eğitim birimi zaten hizmet içi eğitimlerle yetkelendirme amacıyla bunu sağlıyor. Tabii bazı çalışanlar sorumluluk isterken bazıları istemiyor ama eğitimler verilip yetkelendirmeyi sağlamak durumundayız. Hastaneler tepeden yönetilecek yerler değil, dolayısıyla bunu böyle yapmaya da mecburuz. Yetkiyi sahaya veriyoruz, biz sadece kontrollerini sağlıyoruz. Aksi takdirde yönetim gerçekten sağlanamaz. “

ES cevapları aşağıdaki gibidir;

3c. Çalışanların yön birliği ve katılımı sağlanır, çalışanlar yetkelendirilir.

Kalite Direktörü:

Cevap: Hastanelerde unvana göre bir çalışma sistemi var. Bazen hekim ve hemşire görev tanımları devlet hastanelerinde karışabiliyor eğitim ve araştırmaya kıyasla. Bunun da sebebi hekimler eğer asistanla çalışmaya alışıkse bunu devlet hastanesinde göremediğinde hemşireye iş kalabiliyor.

Uygulamada yetki gruplarının ayrımı unvanlara göre oluyor. Herkesin erişimi görev yetki ve sorumluluklarına göre belirlenmiş durumda. SKS de bunun uygulanıp uygulanmadığını irdeler.

Prob (sonda) soru: Çalışanları topluma katkı faaliyetlerine katılmaları yönünde teşvik eder diye bir alt kriter var. Buna nasıl bakarsınız?

Cevap: “Bizim Toplum ve Ruh Sağlığı Merkezimiz var. SKS de de sosyal sorumluluk alanı olduğu için bunu gerçekleştiriyoruz. Bizim de bununla ilgili Toplum Ruh Sağlığı Merkezimizin yapmış olduğu bir spor faaliyeti var. Bu hastalarımızın topluma katılmasını teşvik etmek için belediye ile işbirliği çerçevesinde onların kıyafetleri, ayakkabıları sağlanarak spor faaliyetleri aracılığıyla hayata katılmaları çalışanlarımızın desteğiyle sağlandı. En son 29 Ekim’de bir tiyatro projeleri oldu. Aslında temelde bizim için çok basit görünen durumlar olabilir ama onlar açısından bakınca hiç evinden çıkmayan bu konuda çok zor rehabilite olan hastalar olduğu düşünülürse bu büyük bir aşama olmuş oluyor. Örneğin sosyal fobisi olan bir hastamızın tiyatro yaptığını görmek çok güzel bir şey. Bu emek ve başarı birim çalışanlarımızın. Böylece bize de katkı sağlamış oluyorlar.”

Prob (sonda) soru: Yaratıcılık ve yenileşime nasıl bakıyorsunuz? Çalışanların katılımını nasıl sağlıyorsunuz?

Cevap: “Aslında çalışanların değerlendirme süreçleri çok fazla. Sahadaki arkadaşların en çok söylediği bu. Çünkü İl Sağlık Müdürlükleri, Başkanlıklar, Sekreterlikler de geliyor, bir de Bakanlığın gerçekten değerlendirme ekipleri geliyor. Çok denetlemeye tabiiler. Biz de değerlendirme süreçlerine yönelik fikirlerini istiyoruz. Gördükleri eksiklikler nelerdir diye soruyoruz. Hem SKS hem ve Verimlilik değerlendirmesi var. Dolayısıyla bakanlık düzeyinde iki taraftan yürüyen bir süreç var. Ama biz aslında birleşmesini çok istiyoruz. Zaten herkesin kendi işleyişi varken çalışana bu değerlendirmelerle sürekli soru yağmuruna tutuluyor. O yüzden onlar için de yorucu oluyor. İnşallah birleşir, biz de çok istiyoruz. Onun dışında biz küçük bir hastane olduğumuz için temizlik personelimizden tutun hekime kadar bize geri bildirimini şahsen sunabiliyor. Biz katılımı sağlamada çok sıkıntı yaşamıyoruz. Ve uygulamada bizim de gözümüzden kaçan durumlarda bu katılım sayesinde yenilikler yapabiliyoruz. Dokümanla ilgili bir revizyon olacaksa bizim bir talep formumuz var. Mesela en son yoğun bakım prosedürünü revize ettik. Uygulamada bir değişiklik yaptıkları için biz de uygulamaya yönelik doküman revizyonu yaptık.”

Sağlık Hizmetleri Müdürü:

“Yetkelendirme, uyumlu çalışma gibi süreçlere çalışanlarımızın katılımını sağlamada sıkıntı yaşamıyoruz. Ayrıca yeni fikirlere açığız ve çalışanlarımızdan gelen fikirleri değerlendiriyoruz.”

Prob (sonda) soru: Topluma katkı faaliyetlerine nasıl bakarsınız, SKS buna değiniyor sizin uygulamanız nasıl oldu?

Cevap: “Biz SAS hazırlığı sürecinde de bunu uyguladık. SKS de var ama opsiyonel. TRSM (Toplum ve Ruh sağlığı Merkezi)’nin projesi var. “Şizofreni Koşuyor” şeklinde bir farkındalık çalışmamız oldu. Bu konuda eğitimler düzenledik ve sonunda da 10 tane şizofreni hastasını sporla tanıştırtarak hastalıklarının nasıl daha iyi olacağını vurgulamak için Büyük Şehir belediyesi ile anlaşarak spor çalışmaları yaptık. Bunun dışında bir kan bağışısı sosyal sorumluluk projemiz oldu. Bu çalışmalar aynı zamanda kurum imaj ve itibarına katkı sağlayan çalışmalar oluyor. Bizim öne çıkmak istediğimiz birkaç alanımız var TRSM ve Palyatif Bakım Merkezi olmak üzere. Bir de “Evde Sağlık Merkezi” olmamızla bu alan da eklenmiş oldu. Bu üç alan da Sosyal Sorumluluk projesi gibi aynı zamanda.

SC cevapları aşağıdaki gibidir;

3c. Çalışanların yön birliği ve katılımı sağlanır, çalışanlar yetkelendirilir.

“SKS buna dokunuyor, diyor ki komiteleriniz olmalıdır ve “yönetimden en az bir kişi bulunmalıdır, diğer katılımcıları hastanenin büyüklüğüne göre kurum kendi belirleyebilir” dedi. Bu güzel bir uygulama oldu. Komiteleri belirlerken çalışanlarımızdan katkı sağlayabilecek olan kim varsa onların dahil edilmesi verimi arttırdı. Komiteler direk başhekimine bağlılar, toplantılar sonucunda çok güzel kararlar alındığını gördük.”

Prob (sonda) soru: Komitelerin yaratıcılık ve yenileşime katkısını nasıl değerlendirirsiniz?

Cevap: “Çok güzel katkı sağladı, güzel uygulamalar yapıldı. Bu sayede yetkeli olmanın çok güzel işlediğini söylemek mümkün. Birim kalite sorumlularımız da ayrıca kendi süreçlerini yönetebilme yetkisine sahipler. Kalite anlamında sürece katkı sağlayabilecek kararları alma ve uygulama yetkileri var. Yönetimin bilgisi dahilinde yazılı kararlar alınması, uygulamalar yapılması söz konusu. Burada birim kalite sorumlularımızın sürece katkı sağlayacak her talebinin karşılandığını söyleyebilirim. Yönetim bu konuda tam destek vermektedir.”

Prob (sonda) soru: Komitelerden çıkan yenilikçi yaklaşımlara verebileceğiniz bir örnek var mıdır?

Cevap: “Tıbbi süreçlerde oldu. Örneğin kan almada yaşadığımız bir sorun vardı. Eksik numune alındığı bir toplantıda gündeme geldi. Bu durum hasta kaynaklı da olabiliyordu, hastane kaynaklı da. Biz bu durumu komiteye taşıdık ve kan almadan sorumlu hemşiremiz şöyle bir öneride bulundu; “Biz ekrandan hastanın adını girdiğimizde hastadan kaç tüp kan alacağımızı görsək” dedi ve biz de böyle bir sistem kurduk. Şimdi biz bu durumun önüne geçtik. Yine kan almada süreci hızlandırmak için hastalara kan tüplerini koyabilmeleri için bir kutu yaptırarak, aynı zamanda kimliklerini de koyabilecekleri bir kutu oldu bu. Böylece hasta sırasını beklerken tüplerini ve kimliğini kutusuna koyabiliyor ve işlem sırasında kimlik bulma, arama gibi bir vakit kaybı engellenmiş olduğu gibi tüplerini cebine koyup sonra numunenin unutulmasının da

önüne geçilmiş oluyor. Çok basit gibi dursa da tüm güne bakınca zamandan tasarruf sağladı ve numune kayıplarının engellenmesine de ciddi katkı sağladı. Bu sayede hata oranımız düştü.”

Betimsel Analiz;

3c. Çalışanların yön birliği ve katılımı sağlanır, çalışanlar yetkelendirilir.

Çalışanların bireysel hedefleri ve ekip hedeflerinin uyumlu olduğu söylenebilir. Hastanede tüm operasyonel süreçlerin iş birliği ve ekip ruhu içinde gerçekleştiği yönünde bu kurumda da kanıtlar mevcuttur. Özellikle SÇ küçük bir hastane olmasının bu sürece olumlu katkı yaptığı ifade etmiştir. Üç kurumda da görev paylaşımında, görev tanımlarında tam bir netlik olması, tüm süreçlerin talimatlar, prosedürlerle tanımlı olması bu duruma olumlu katkı sağlamaktadır. Öneri-şikayet kutuları ile de çalışanların katılımı sağlanmaktadır. Çalışanların yedekleri belirlenmiş durumdadır. Ayrıca SKS kapsamında gerçekleştirilen alan ziyaretlerinde ekipler kurulmakta ve her birimden çalışanların katılımının sağlanması teşvik edilmektedir. Böylece kalite odaklı bir bakış açısının gelişmesi de sağlanmaya çalışılmaktadır. Operasyonel süreçlerin saha liderleri tarafından yönetilip süreç değişikliği noktasında katılımcı bir üst yönetim yaklaşımının bulunması kamu kurumlarında var olan bir geleneksel liderlik yaklaşımı olarak ele alınabilir. Hastanın direk sağlığını etkileyen acil durumlar dışında genellikle değişimle alakalı bir karar alınacaksa bunun için “24 saat bekleme” diye tabir edilen çok yönlü bir düşünme payı bu kurumda da üst düzey yöneticilerinin de özellikle belirttiği bir yaklaşım olarak karşımıza çıkmaktadır. Her türlü değişiklik için öncelikle tüm ilgili mevzuatların yönetmeliklerin, yasaların dikkate alınması bir rutin işleyiş olarak karşımıza çıkmaktadır. Eğer işleyiş değişikliğinde mevzuata aykırı bir durum var ise de bu çeşitli üst makam yazışmaları ile görüş alınmadan herhangi bir değişikliğe gidilmediği ifade edilmektedir.

Öte yandan çalışanların yetkelendirilmesi konusunda her ne kadar saha liderleri tarafından yönetim süreçleri takip ediliyor olsa da operasyonel sürece yönelik iyileştirmeler nispetinde yapılacak herhangi bir değişiklik direk olarak başhekimlik kararıyla gerçekleştirilmektedir. Ancak başhekimlik sahadan gelen isteklerin gerçekleşmesini sağlamada imkanlar dahilinde esneklik göstermektedir. Çalışanları topluma katkı faaliyetlerine teşvik ettiğine dair kanıtlar mevcuttur, örneğin SÇ’de

başhekim bölgede gerek belediye gerek muhtarlıklar tarafından gerçekleştirilen sağlık alanındaki farkındalık projelerine katılımı desteklemektedir. Bu durum çalışanları kurumun imaj ve itibarının sözcüsü olmaya da teşvik etmektedir.

3d. Çalışanlar kuruluşun tümünde etkili iletişim kurar.

OM cevapları aşağıdaki gibidir;

Kalite Direktörü

Bu kriter görüşme formunda yer alan alternatif soru ile derinleştirilmiştir

“Bizim işimizde iletişim çok önemli. Bir hastayı düşünün acilden, ameliyathaneye, ameliyathaneden, servise çıkabiliyor. Bu anlamda iletişim gereksinimlerini karşılamak durumundayız ve bu konuda bir aksama yaşanmadığımızı da söyleyebiliriz. Aksi takdirde işimizi yapamamış oluruz. Bizim aynı zamanda hasta v çalışan güvenliğini tehlikeye atan durumların bildirildiği bir sistemimiz var. Çalışan kimliğini bildirmeden yaşadığı problemi aktarabiliyor. Biz de sorunu değerlendirip kök neden analizi yapıyoruz. Sorunun çözümüne ilişkin eğitim birimiyle iletişime geçip, sorun yaşanan konuyla alakalı eğitim verilmesini istiyoruz. Bildirimler ilk zamanlarda değil ama eğitimler verildikçe arttı. Bu sistem başta bildirim yapan için bir tehdit gibi algılanıyorken şimdi bildirim yapılmaması tehdit gibi algılanıyor. Çünkü yapılan bir hata hasta tarafından, çalışma arkadaşı tarafından bildirildiğinde durum daha kötü olabiliyorken, kişi durumu kendisi bildirdiğinde kendini güvence altına almış oluyor. Çünkü böylece olayı ört pas etmemiş oluyorlar. Burada ilgili strateji esas alınarak çalışanların hasta güvenliği ve memnuniyeti sağlamak üzere çalışması gerektiği tüm çalışanlarımızın bilgisi dahilindedir. Birim yöneticilerim bu konuda üzerine düşeni yapmaktadır. Etkili iletişimin yayılımı konusunu ise şöyle örneklendirebiliriz, kalite kongrelerinde çalışma yapmış arkadaşlarımız makale sunumu yapabiliyorlar. Bir başarı varsa bu gerek Sağlık Bakanlığı gerek hastane tarafından desteklendiği için hem motivasyonu sağlıyor hem de diğer çalışanları cesaretlendirip teşvik ediyor. Tabii çalışmalar ve iyi uygulamalar hastanede de duyurulup ödüllendiriliyor. Sağlık sektöründe bir ekip söz konusu. Bahsedilen değer zincirinde yöneticiler, hekimler, hemşireler, diğer sağlık ekibi gibi bir sürü zincirden oluşuyor. Nadirde olsa aksamalar oluyor ama bu halka genelde yansıtılmıyor. Aksi takdirde sağlık hizmeti veremiyorsunuz. Ayrıca personel devir hızımız da çok düşük olduğu için bu anlamda da sıkıntımız yok. Birde hastanelerde görev tanımları çok nettir. Bu anlamda karmaşa yaşamayız. Sağlıkta çok çok az bir alanda bu görev karmaşası yaşanabilir. Herkesin görevi belli olduğu için bu da olumlu bir katkı sağlıyor.”

Strateji Müdürü:

“Kurumsal olarak üstten alta doğru iletişimde intranet portalını kullanıyoruz. Bundan bahsetmiştik. Bunun dışında yatayda iletişimi çalışanlarımız çağın

gereklere uyarak WhatsApp ile sağlıyorlar diyeceğim bana güleceksiniz ama öyle gerçekten de. Bu çok hızlı ve etkili bir iletişim aracı. Zaten bizim kurum kültürü olarak da ekip çalışmasına yatkın bir yapımız var, işlerin yürümesi için de böyle olmak durumunda aksi takdirde burada iş kesinlikle yapılamaz. Bu konuda bir sıkıntımız yok diyebilirim. Herkes görevinin bilincinde olarak işbirliği ile etkili iletişim araçlarını kullanır. Öncelik hastalarımızın en hızlı şekilde, doğru zamanda hizmet almasını sağlamak sonuçta. İletişim açısından da en fazla 15 günde bir sorumlu hemşireler, sorumlu hekimler toplantılar yapar ve değerlendirme bu toplantılarda yapılır. Bu toplantılarda her türlü stratejik karar diyebileceğimiz değişiklikler, yeni uygulamalar var ise çalışanların bilgilendirilmesi için aksiyonlar alınır ve bu hızlı bir şekilde yapılır. Gerek intranet üzerinden duyurularla, gerek eğitimler ile bu işleyiş sağlanır. Bizde şöyle bir uygulama var diyelim ki bir hekimimiz doçent oldu ya da bir hemşiremiz bir ödül aldı biz bunu hemen kurumsal sayfamızda, portalımızda, ilgili WhatsApp gruplarında, sosyal medyamızda yayınlıyoruz. Bazen büyük toplantılarda da onlara plaket, teşekkür belgesi gibi ödüllendirmelerle kutluyoruz. En son olarak bu sene doçent ve profesör unvanı alan hekimlerimiz için cübbe giydirme töreni yaptık. “

ES cevapları aşağıdaki gibidir;

3d. Çalışanlar kuruluşun tümünde etkili iletişim kurar.

Kalite Direktörü:

Bu kriter görüşme formunda yer alan alternatif soru ile derinleştirmiştir

“Gerek yatay gerek dikey anlamda iletişimde bir sorun yaşamıyoruz. Başhekim Bey’e de rahatlıkla ulaşmaları söz konusu. Bu başhekimimizle de alakalı. Çünkü geri bildirim almayı çok değerli buluyor. Her kurumun tabii ki farklı bir işleyişi vardır. Ama biz bu konuda bir sıkıntı yaşamıyoruz. Ayrıca çalışanlar hastanelerin tipik bir özelliği olarak sürekli birbiriyle iletişim, etkileşim halinde. Hastaların transferleri sürekli birimler arasında yapılabilir. Acilden yoğun bakıma, ameliyathaneden yataklı servise gibi. Bu açıdan da bizim transfer formlarımız, nöbet formlarımız gibi araçlarımız var. Onlarla takiplerimizi yapıyoruz. Bu da etkili iletişimi kolaylaştırıyor. SKS’de de hasta başında ve dosyada teslim istiyor. Bunu toplantılarımızda yapıyoruz. Enfeksiyon hekiminin en son uygulaması buna bir örnek olabilir. Mesela biz hastanemizde çamaşır suyu yerine tabletini kullanıyoruz. Uygulamanın etkinliğini hekimimiz “öncesi ve sonrası” şeklinde değerlendirdi ve uygulamaya koyduk. Hekimlerimiz bu konuda katılımı sağlıyorlar bu da bizim için çok iyi. Genel olarak bir ekip çalışmasından bahsedebiliriz. Tabii burada hem küçük bir hastane olmanın hem de uzun süredir değişmeyen bir ekiple çalışmanın etkisi var. Bu sayede iletişim sağlamamız daha kolay oluyor.

Sağlık Hizmetleri Müdürü:

“Biz teknolojiyi çok kullanıyoruz. İletişimde de bu teknoloji çok işimize yarıyor. Mesela bir arkadaşımın bir sondaya ihtiyacı oldu, ortak WhatsApp

gruplarımızdan bu ihtiyaçları duyuruyoruz ve kimde varsa o hemen o ihtiyacı sağlıyor. Ya da bir poliklinikte yoğunluk var ise yine aynı şekilde haberleşerek yoğun alana daha az yoğun alandan hemen destek çekebiliyoruz. Bu durum çalışanların kendi aralarında da böyle. Örneğin acilde bir yoğunluk varsa yakın birimler hemen destek vermek için gönüllü olurlar. Tüm bunları iyi ve etkili iletişim sayesinde yapabiliyoruz. Bir görevlendirmeden ziyade gönüllülük esası var ve bu kurum kültürümüze de yansımış durumda. Sağlıkta en önemli konu iyi iletişim kurabilmek. Multidisipliner bir alan çok fazla branş ve çalışan var. Hizmet verdiğimiz kişiler de baktığımızda en zor anlarını burada geçiriyorlar. Dolayısıyla bu hizmetin aksamaması doğru ve zamanında verilmesi için iyi ve etkili iletişim en temel konu.”

SC cevapları aşağıdaki gibidir;

3d. Çalışanlar kuruluşun tümünde etkili iletişim kurar.

“SKS bunun üzerinde duruyor. Özellikle ekip çalışması konusunun üzerinde duruyor. Biz bununla ilgili sürekli eğitimler veriyoruz. İletişim becerileri eğitimleri veriyoruz ve eğitimin etkili olup olmadığını değerlendiriyoruz. Bina turlarında iken bu konuyla ilgili gözlemler yapıyoruz, hasta memnuniyetine bakarken iletişimde bir sıkıntı var mı buna bakıyoruz, var ise hemen bununla ilgili DÖF açıyoruz, ilgili komiteye iletiyoruz. Üç aylık analizler yapıyoruz. Bizim ekibimizde kaliteye karşı duran yok. İletişimimiz de bu anlamda güçlü.”

Betimsel Analiz;

3d. Çalışanlar kuruluşun tümünde etkili bir iletişim kurar.

Hastanelerde etkili bir hizmet sunumu için etkili iletişim kanallarının teknolojik imkanlar vasıtasıyla etkili bir şekilde kullanıldığı ifade edilmiştir. Kurumda gerek yatay gerek dikey olsun her seviyede iletişim kanallarının kullanıldığı ifade edilmiştir. Bu yönde kanıtlar gözlemlenmiştir. Çalışanların kuruluşun büyük çoğunluğunda açık bir stratejik odak doğrultusunda hareket ettiği ifade edilmiştir. Çalışanların bilgi ve bilgi birikimlerini paylaşabilecekleri komiteler mevcuttur. Çalışanların işbirliği ve ekip çalışması ile hareket ettiği yönünde geri bildirim alınmış ve bu yönde kanıtlar sunulmuştur. Örneğin çalışanların gönüllülük esasıyla ve ek görevlendirme ile katıldıkları komite çalışmaları yönetim tarafından da desteklenmekte, saha bu yönde teşvik edilmektedir. Bu tür uygulamalar defansların azalmasında etkili olabilmekle birlikte bazı birimlerde SKS uygulamaları sırasında defansla karşılaşılması söz konusu olabilmektedir.

3e. Çalışanlar takdir edilir, tanınır, gözetilir

OM cevapları aşağıdaki gibidir;

Kalite Direktörü

“Çalışanlara yönelik memnuniyet anketlerinde ödüllendirme sisteminin yetersizliğinden şikayet vardı. Ama biz bu konuya eğilerek ne yapabileceğimizi tartışmaya başladık ve ek bir ödeme yapma durumumuz yok ama bunun dışında neler yapabileceğimize baktık. Bunun için kriterler oluşturduk. Kalite komite çalışmalarına katkı sağlayanlar, bilimsel sunum yapan çalışanlar, hastalardan gelen teşekkür alan çalışanlar, birim içinde yöneticisinden takdir alan çalışanlar gibi kriterler oluşturduk, buna yönelik bir talimat yayınladık. 3 ayda bir teşekkür belgelerimizi yöneticilerinin imzalarıyla çalışanlarımıza takdim ediyoruz. Onun dışında ödüllendirme olarak işin açıkçası çok da yapabileceğimiz bir şey yok maalesef. Motivasyona yönelik bir yemek, kahvaltı organizasyonu yapmamızı sağlayacak bir bütçe yok. Dolayısıyla çok kısıtlı yapılabilecekler. Bunların aslında kurum kültürüne, iletişimi güçlendirmeye, bağlılığa da ciddi katkıları olur ancak kaynak yok.”

Strateji Müdürü:

“Daha önce de bahsettiğimiz gibi plaket sunma, teşekkür belgesi takdim etme, başarının çeşitli iletişim organları vasıtasıyla duyurulması gibi bir takım uygulamalarımız oluyor. Bunun dışında Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan uygulamalara tabiiyiz, bu nedenle çok fazla bir şey yapamıyoruz. Ancak ek ödmeden %20 dediğimiz bir oranı ki bu da 100tl-300tl arasında değişebiliyor ciddi başarı gördüğümüz çalışanımıza sunabiliyoruz. Onun dışında maddi kaynak olmadığı için vermek istesenz de yapabileceğiniz bir şey olmuyor. “

ES cevapları aşağıdaki gibidir;

3e. Çalışanlar takdir edilir, tanınır ve gözetilir.

Kalite Direktörü:

“Çalışan memnuniyetiyle ilgili hastalardan da çalışanlara dair memnuniyetler geliyor. Öneri şikayetlerimiz var bizim her ay değerlendiriyoruz onları. Yine SABİM’den ya da diğer kanallardan şikayetlerin yanı sıra teşekkürler de geliyor. Bunlar değerlendirildikten sonra Personel Servisi’ne bilgi veriyoruz ve aylık olarak teşekkür belgesi düzenlenecek çalışanlarımızı bildiriyoruz ve personel servisi de belgelerini iletiyor. Şikayetlerle ilgili olarak kişisel bir geri dönüş yapmıyoruz. Ayrıca büyük organizasyonlarımızda da emekli olanlar ve ya olacak personelimize de bir hediye alıyoruz, plaket veriyoruz. Maddi olarak verilen döner sermaye ve ek ödüllendirmeler ise maalesef çalışanlara çok yetmiyor, bu anlamda memnuniyet sağlayamıyoruz.”

Prob (sonda) soru: Kalite direktörü olarak sizin memnuniyetiniz nasıl, bu iş aynı zamanda gönüllülük esasıyla da yapılan bir iş?

“Biz döner sermaye almıyoruz. Çünkü özellikli birim olarak kabul edilmiyoruz. Ayrıca bir sertifikasyonumuz olmadığı için ek görevlendirme ile nöbet tutmamız da söz konusu olabiliyor, ama enfeksiyon veya eğitim birimlerinde böyle bir durum söz konusu olmuyor. Biz tabii bunları kongrelerde dile getiriyoruz ama henüz böyle bir çalışma yok. Kalite Direktörü çok yönlü çalışmalar yapıyor, hastanenin tam ortasında bir yerde. Satın almasından tutun da depoya kadar her birimle çalışıyorsunuz. Beyin olarak çok yorucu olduğunu söylemeliyim. Yıllardır çalıştığınız birimden alınabilirsiniz bunun da bir garantisinin olmaması motivasyonu kırıyor. Kendinizi de savunamıyorsunuz. Çünkü yasa bu korumayı sağlamıyor. Aslında kalite birimlerinin var olması bile çok yeni süreçler. İki üç yıldır Kalite Direktörü olmalıdır diye bir durumu konuşuyoruz. SKS revizyonu ile Kalite Direktörünün olması puanlandırmaya dahil edilince kalite birimleri kurulmaya başlandı. Kamu kurumunda bir şey yasal olunca ya da bir standardı varsa dikkate alınmıyor. Aksi takdirde bir iyileştirme yapmak çok zor olabiliyor. Belki sertifikasyon da ileriki revizyonlarda standartlaşırsa uygulamada karşılık bulur.

Prob (sonda) soru: Karar almada bürokratik süreçleri nasıl değerlendirirsiniz?

“Yasal bir yazı görmeden hareket edilmiyor. En son ameliyathanede skopi çekimlerinde dozimetri kullanımını örnek verebiliriz. Bu konuda Bakanlık, İl Sağlık Müdürlüğü farklı bir görüş bildirdi. Görüşler aslında net ama hastanelerin bunu sağlaması çok zor. Herkesin şua iznini kullandığını düşünün orada kim çalışacak. Burada sıkıntı bildirilen koşulları sağlayamamak değil ama bu sefer o alanda kim çalışacak. Bunun uygulanabilmesi için ek elaman olması lazım.

Sağlık Hizmetleri Müdürü:

Bu kriter görüşme formunda yer alan alternatif soru ile derinleştirilmiştir.

“Motivasyon için kahvaltı organizasyonları, akşam yemekleri gibi sosyal faaliyetlerimiz olabiliyor. Mutlaka her yıl ödül törenlerimiz oluyor. Emekli olan arkadaşlarımıza plaketler veriliyor. Keşke ödüllendirebilsek ama çok ödüllendirme yapamıyoruz. Mesai yapanlara mesai ücreti şeklinde ödemeler yapabiliyoruz. Bunun dışında maddi bir ödüllendirme maalesef yapamıyoruz. Ama çalışanların en büyük beklentisi maddi ödüllendirme. Çalışma planı yapılırken mesai ücreti talep edenlere yönelik bir fazla mesai düzenlemesi yapabiliyoruz. Bu da çalışanı maddi olarak rahatlatabiliyor. Dinlenme alanlarımız var. Çalışanları iyileştirme ve yenileşim sürecine ise komitelerimiz aracılığıyla katılımlarını sağlıyoruz. Örneğin İş Güvenliği Kurulu var. O kurulda tehlikeli durumların neler olduğu, nerelerde en çok görüldüğü ortaya çıkıyor. En çok yaralanma nerede oluyor, düşmeler nerelerde oluyor gibi. Bunların kök neden analizleri yapıp Düzenleyici Önleyici Faaliyetler çalışılıyor. Onun dışında Radyasyon Güvenliği var. Bu da hem çalışanı hem hastayı korumaya yönelik olarak çalışıyor.

SÇ cevapları aşağıdaki gibidir;

3e. Çalışanlar takdir edilir, tanınır ve gözetilir.

“Daha önce konuştuğumuz gibi, takdir belgesi veriyoruz ancak maddi bir ödüllendirme yapamıyoruz. Döner sermaye olarak bir ödeme tüm çalışanlara yapılıyor ama takdir anlamında ek bir ücretlendirme söz konusu olamıyor. Bu konuda şeffaflık var. Gerekli talimatlarla belgelendirme konusu açıkça ifade ediliyor. İyileştirme ve yenileşim konusunda gelen talepleri başhekimlik mutlaka dikkate alıyor ve uygulamaya alıyor. Biz yeni fikirlerin de genel olarak desteklenmesini sağlayacak bir çalışma ortamı da yaratıyoruz. Bu SKS de var ve çok önemli bir konu. Biz bu konuyla ilgili üç sistem kurduk. Öneri şikayet kutularımız var, HBYS Sistemimizde de öneri ve şikayetlerin bildirildiği bir alan var, bu uygulamalara alternatif olarak öneri ve şikayetler hastanenin web sayfasından da herhangi bir başka bilgisayardan da yapılabilmektedir. SKS aynı zamanda herhangi bir şikayet olması durumunda çalışanların geri bildirim almasının da sağlanmasını istiyor. Bunun için çalışanlara süreç hakkında sms ile bilgilendirme de yapılıyor. Örneğin bir hemşiremiz kendisine mobing uygulandığına dair bir bildirimde bulunduyorsa ve ismini belirterek geri bildirim talebinde bulunduyorsa biz süreçle alakalı ona SMS yoluyla ulaşabiliyoruz. Bu uygulama sadece bizde var diye biliyorum. Diyelim ki bildirim gizli yapıldı, biz kimin bildirim yaptığını göremediğimizde de çalışan bilgilendirme panomuzdan takip edilebilmesi için çıkan karar yazısını asıyoruz.

Betimsel Analiz;

3e. Çalışanlar takdir edilir, tanınır ve gözetilir.

Kurumlar çalışanların takdir edilmesi için teşekkür belgesi sunumu, sözlü teşekkür, ödül, plaket verme, nadiren de olsa para ödülü gibi unsurları kullanmaktadır. Bu uygulamalar çalışanları motive etmede zaman zaman yetersiz olarak değerlendirilmiştir. Bu konuda daha fazla mali bütçenin ayrılması yönünde çalışan talebi olduğu ancak bu talebin kısıtlı imkanlar nedeniyle karşılanamadığı ifade edilmiştir.

Çalışanlar ana kriterinin kurumlar tarafından ne düzeyde karşılandığına dair tablolar aşağıdaki gibidir;

Tablo 25. OM- Çalışanlar Kriterlerinin Karşılanma Düzeyi

ÇALIŞANLAR	Alt Kriterler	Özellikler	Görülmemekte	Kısmen görülmekte	Görülmekte
	3a	Planlama,yönetme, iyileştirme		X	
	3b	Bilgi birikimi ve yetenekler		X	
	3c	Yön birliği, katılım, yetkelendirme			X
	3d	Çok yönlü etkili iletişim			X
	3e	Takdir, tanıma ve gözetme		X	

Tablo 26. ES- Çalışanlar Kriterlerinin Karşılanma Düzeyi

ÇALIŞANLAR	Alt Kriterler	Özellikler	Görülmemekte	Kısmen görülmekte	Görülmekte
	3a	Planlama,yönetme, iyileştirme		X	
	3b	Bilgi birikimi ve yetenekler		X	
	3c	Yön birliği, katılım, yetkelendirme			X
	3d	Çok yönlü etkili iletişim			X
	3e	Takdir, tanıma ve gözetme		X	

Tablo 27. SÇ- Çalışanlar Kriterlerinin Karşılanma Düzeyi

ÇALIŞANLAR	Alt Kriterler	Özellikler	Görülmemekte	Kısmen görülmekte	Görülmekte
	3a	Planlama,yönetme, iyileştirme		X	
	3b	Bilgi birikimi ve yetenekler		X	
	3c	Yön birliği, katılım, yetkelendirme			X
	3d	Çok yönlü etkili iletişim			X
	3e	Takdir, tanıma ve gözetme		X	

4. ANA SORU**İŞBİRLİKLERİ ve KAYNAKLAR**

Görüşme formunda yer alan tanım yapıldıktan sonra katılımcıların tanım hakkında olumlu geri dönüşleri alınmış olup konuyu derinleştirmek adına alt sorulara geçilmiştir.

Alt Sorular:

4a. İşbirliği yapılan kuruluşlar ve tedarikçiler sürdürülebilir yarar sağlama doğrultusunda yönetilir.

OM cevapları aşağıdaki gibidir;

Kalite Direktörü

“Bu konuda kamu ihale kanununa göre hareket ediyoruz. Bunun dışında gizlilik anlaşmalarımız söz konusu. Ayrıca anlaşma şartlarının, hizmetin aksamaması durumunda bağlayıcılığı olan şartnameler karşılıklı olarak imzalanıyor. Aksama yaşandığında cezai bir yaptırım koymak durumundayız ki bir caydırıcılık olsun. Anlaşmayı feshetme, dava açabilme gibi yaptırımlar söz konusu.”

Strateji Müdürü:

“Bakanlık düzeyinde hatta anayasanın içerisinde “Kamu İhale Kanunu” ile belirlenmiş şartlar dahilinde belirlenen kriterlere uygun olarak bir ilişki sürdürülmesi söz konusu. Bunun dışına çok çıkamıyoruz. Bu anlamda bir esneklik durumumuz yok. Dolayısıyla o prosedür eşliğinde devam ettiriyoruz.”

Prob (sonda) soru: SKS ye baktığımızda şöyle bir standart var. “Kurumsal amaç ve hedefler belirlenirken iç ve dış çevre faktörleri ve onların geribildirimini dikkate alınmalıdır.” (KKU05). Siz bu kapsamda neler yapabiliyorsunuz?

“Buna ilişkin olarak yine kamu ihale kanunu çerçevesinde hareket ediyoruz. Ancak verimlilik kriterlerinde şimdi SMS uygulaması var. Sms ile bilgilendirme yapılıyor ama bu tedarikçiler için değil de daha ziyade hastalar için kullanılan bilgilendirme mesajlarını içeriyor. İletişim anlamında özellikle hastalar için olsa da çalışanlar için de kullanılıyor. Fakat bu uygulama dış paydaşlar olarak baktığımızda sadece hastalarımız için var, tedarikçiler için yok.”

ES cevapları aşağıdaki gibidir;

Kalite Direktörü:

4a. İşbirliği yapılan kuruluşlar ve tedarikçiler sürdürülebilir yarar sağlama doğrultusunda yönetilir.

“Biz dış kaynaklı hizmetler olarak alıyoruz.şu anda yemek ve bilgi işlemdeki donanımı dışardan alıyoruz Hbys için. Onun dışında tedarikçilerimiz var sarf malzeme olarak. Aylık değerlendirme formlarımızla da onların değerlendirmesini yapıyoruz. Hepsinin teknik şartnameleri var. Orada da her

şey mevcuttur. Bu şartnameler doğrultusunda da kontrol sağlanıyor.”

Mali ve İdari İşler Birimi:

“İşbirliği yapacağımız kurumları belirlerken yasal mevzuatlar çerçevesinde belirliyoruz. Belirlemiş olduğumuz ulaşılabilir hedefleri koyarken de yine yasal mevzuat çerçevesinde ayrılan bütçeyi kullanarak o hedeflere ulaşmaya çalışıyoruz.”

Prob (sonda) soru: Bir tedarikçi firmanın performansı ile ilgili olarak bir sıkıntı yaşadığınızda nasıl bir yol izliyorsunuz?

“Sözleşmelerimizde zaten işin başlangıç ve bitiş tarihi belirli ve firmanın sözleşme şartlarına uyması için tabi ki caydırıcı maddeler konmakta. Ancak bu tür durumlar kamuda çok nadirdir. Çünkü firmalar açısından ağır bir bedeli var. Aksi bir durumla karşılaşsak da yine mevzuatlar çerçevesinde belirlenmiş alternatif planlara göre hareket ediyoruz. Zaten bizim hedeflerimizi Bakanlık koyup belirler. Örneğin yoğun bakım yapılması yönünde bir karar verebilir. Buna da bizler yine yasal mevzuatlar çerçevesinde uymakla mükellefiz. Örneğin Beyoğlu bölgesinde toplamda 12-13 hastane var, bu hastanelerin %70-80’inde Evde Sağlık Hizmeti verilmekteydi, bu hizmetin tek bir çatı altında verilmesi ve bizim hastanemizde bu hizmetlerin birleşmesi kararı alındı bakanlık tarafından. Bu benim koymuş olduğum bir hedef değildi, ama sonuçta benim yapmam gereken bir süreç oldu. Bu aşamada da bize bir süre verildi, Bakanlık tarafından da bir ihtiyaç temin planı yapıldı ve biz de hedefi gerçekleştirdik. Birde bizim hastane olarak diyelim ki bir hedefimiz var, örnek verecek olursak bizim Palyatif Bakım Merkezimiz var ben hedef olarak 2016 yılında 15 yatak olan sayımı 2017 yılı için 30 yatağa çıkarmak istedim diyelim, bu hedefi yine bir üst kurul onaylamazsa ben onu da yapamam. Yani bizim hedeflerimizi üst kurul onaylarsa yapabiliriz. Bizim ne yapacağımız da yine tanımlı. Örneğin biz B Grubu bir hastaneyiz ve bu tip hastanelerin hangi hizmetleri vereceği kaç personel ile vereceği tanımlıdır. Üç aşağı beş yukarı grup bazında bakacak olursak herkesin standardı aynıdır. B grubunda ameliyat masa sayıları aynıdır 5-6’dır, yine yoğun bakım yatak sayıları da hemen hemen aynıdır. Bunlar bakanlık düzeyinde standardize edilmiştir. Dolayısıyla biz hedef olarak bunların dışına çıkamayız.”

Prob (sonda) soru: Tedarikçi firmalarınızı belirlerken de tüm bu süreçleri göz önünde bulundurmak durumundasınız değil mi?

“Evet. Örneğin hastanenin alt yapı çalışması, yol durumu, peyzajı için belediyelerle çalışıyoruz. Tıbbi atıkların da kimin tarafından toplanacağı bellidir, onu da belediyelere bağlı firmalar yapar. Biz bunu değiştiremeyiz. Hizmet sunucusu birden fazla ise tabi ki rekabet ilkeleri çerçevesinde yine mevzuatlar dahilinde Kamu İhale Kanunu’na göre hareket edebiliyoruz. Ama bu hizmet sunucusu birden fazla ise oluyor. Bu çerçevede mali sürdürülebilirliği sağlamak bir özel hastaneye göre kamuda daha kolay.

Stratejik planlar hastanelerden toplanan verilerle Bakanlık tarafından oluşturulduğu için, biz de o plana uymak durumundayız. Süreç te iş birlikleri anlamında buna göre şekilleniyor. Bizde Bakanlığın stratejik plan metinlerini inceleyip kendi yönetimimizle buna göre bir plan belirliyoruz. B planlara göre de çalışan sayısının ne olacağı belirleniyor. Bize de ihtiyaç halinde personel temini yapılıyor. Örneğin yatak doluluk oranlarında bir revizyon varsa bize de bu şekilde bir eylem planı hazırlamak kalıyor. Tabi bu bir günde olabilecek süreçler değil. Biz de yine sürekli olarak Bakanlık ile iletişim halinde kalarak hedeflerimizi uzun ve kısa vadeli olarak belirliyoruz. Kendi süreçlerimizi bu planlara göre takip ediyoruz. Kendi politikalarımızı buna göre revize ediyoruz. Yine burada da hedeflerin süreleri belirlenirken yasal mevzuatlar bağlayıcı oluyor.

SÇ cevapları aşağıdaki gibidir;

Kalite Direktörü:

4a. İşbirliği yapılan kuruluşlar ve tedarikçiler sürdürülebilir yarar sağlama doğrultusunda yönetilir.

“SKS bu konuda kısıtlı şöyle ki SKS dış kaynak kullanımıyla ilgili bir plan istiyor, sözleşme sürelerinin takibini istiyor, teknik şartnamede kaç kişi çalıştırılacağı gibi unsurların takibi ve kontrolü isteniyor. Yemek hizmetinin sağlanmasına yönelik bir dış kaynak kullanımımız var. Teknik şartnameye göre bu süreçler takip ediliyor. Ayrıca afet planı kapsamında da bir takım protokollerin imzalanması yine SKS kapsamında var. Örnek verecek olursak acil plan kapsamında bizim kurumumuzun çökmesi ya da hizmet veremeyecek şekilde hasar görmesi durumunda Sabancı Anadolu Lisesi’ni fiziksel olarak kullanabilme yetkimiz var. Şişli Etfal Hastanesi ile sağlık hizmetinin devamlılığını sağlayabilmek için bir protokolümüz var ayrıca yemek şirketleriyle de yine yemek hizmetinin 3 gün devam edebilmesi için bir protokolümüz var. Biz bunların hepsini SKS kapsamında yaptık. Birde bir planımız var, bu plan dahilinde bu süreçlerin kontrol ve takibini yapıyoruz.”

Prob (sonda) soru: İşbirlikçi kuruluşları değerlendirebiliyor musunuz, bu konuda onların görüşlerini alabiliyor musunuz, bir memnuniyet ölçümü söz konusu mudur?

“Bu konuda bizim herhangi bir devlet kurumunu denetleme veya değerlendirme yetkimiz yok, biz sadece yemek şirketini değerlendirip denetleyebiliyoruz. Örneğin afet kapsamında protokol imzaladığımız Şişli Etfal’e gidip bir süreç kontrolü gibi bir şey yapamıyoruz. Ama dediğimiz gibi yemek şirketini kalite kapsamında değerlendirip aksayan hizmet olması durumunda termin sürelerini uygulayıp bunları yönetim toplantılarımızda konuşabiliyoruz.”

İdari ve Mali İşler Müdürü:

“Biz devlete bağlı bütün kurumlarla irtibat halindeyiz, bunun yanı sıra tedarikçiler kapsamında ise mevcut ihalelerle beraber tedarikçi firmalarımız var. Bu firmaları da mevcut bir otomasyon sistemimiz üzerinden takip edebiliyoruz. İhtiyaç duyduğumuz her türlü malzemeyi bu sistem üzerinden temin edebiliyoruz. Bir malzeme temin ederken en büyük önceliğimiz hastaneler. Eğer hastanelerde varsa onlardan, onların elinde yoksa tedarikçilerle irtibata geçiyoruz. Sonuç olarak hem Bakanlığın hem de bizim otomasyon sistemimiz var. Ben Türkiye’nin herhangi bir yerinde ne malzemeyi ne kadar alabileceğimi görebiliyorum. İşbirliği yaptığımız firmalarla karşılıklı güven ve açıklığa dayalı şeffaf bir ilişkimiz var. Biz sağlık hizmeti veren bir kamu kuruluş olduğumuz için bazen firmalar çok az kar dahi etseler piyasanın altında fiyat vermekten kaçınmazlar. Bu anlamda kar marjlarını minimumda tutabiliyorlar. Zaten Türkiye genelinde fiyat analizlerini takip edebildiğimiz bir sistemimiz olduğu için kime ne fiyat verildiğini görebiliyoruz. Tedarikçiler de bunu bildikleri için bize karşı daha açık ve şeffaflar.”

Betimsel Analiz:

4a. İşbirliği yapılan kuruluşlar ve tedarikçiler sürdürülebilir yarar sağlama doğrultusunda yönetilir.

Gerek tedarikçiler gerek işbirliği yapılan diğer kuruluşlarla ilişkilerin geliştirilmesi için yapılması gereken sözleşmeler dışında bir de saha ziyareti yapabildikleri kısıtlı sayıdaki hizmet aldıkları kurumları değerlendirmek için kullanılan bir değerlendirme formları mevcuttur. Ancak bu tüm işbirliği yapılan kuruluşlar için uygulanamamaktadır. Bu uygulamanın her tedarikçi için yapılamamasının nedeni ise böyle bir yetkilerinin olmadığıdır. Bunun nedeni ise bir kamu kurumunun işbirliği içinde olduğu diğer bir kamu kurumunu değerlendirmesinin söz konusu olmayacağı olarak ifade edilmiştir. İşbirlikçiler ile karşılıklı güven ve iyi ilişkilerin mevcut olduğu, ortalama bir memnuniyet düzeyi ile sürecin yönetildiği ifade edilmiştir. Ancak bu konuda veriler kısıtlı olduğundan detaylı bir analiz yapılmasına yönelik yaklaşım mevcut değildir. Bu soruları Kalite Direktörü cevaplamak istemediğinden sorular sadece Strateji Müdürü’ne yöneltilmiştir.

4b. Finansal kaynaklar sürdürülebilir başarıyı güvence altına alacak biçimde yönetilir.

OM cevapları aşağıdaki gibidir;: Bu kriter Kalite Direktörü cevaplamak

istememediğinden sadece Strateji birim yöneticisine sunulmuştur.

Strateji Müdürü

“Şimdi yılsonu geliyor ve 2019 planlarımızı yapıyoruz. Bütçemiz bakanlıktan geliyor. Bir genel bütçe bir de döner sermayeden gelen bütçelerimiz var. Genel bütçe Bakanlıktan gelen bütçeyi temsil ediyor, döner sermaye de bizim hastanede yaptığımız işlemlerden kazandığımız performans adı altında personele ek ödeme yaptığımız para da bu bütçeden sağlanıyor (maaş dışında), bu bütçeden de ihtiyacımız olan malzemeleri alıyoruz. Bu cihazları ya da malzemeleri neye göre alacağımız Bakanlıkta tanımlı. Döner sermaye bütçesinden de genel sermaye bütçesinden de alabiliyoruz. Örneğin yeni hastanenin envanter çalışmasını tamamladık. Bu ihtiyaçların hangisi döner sermayeden hangisi genel sermaye bütçesinden alınacak bunların görüşmesi Bakanlık ile yapılacak. Sadece yıl sonu değil tabii, kliniklerden de talepler geliyor, bu taleplerin değerlendirildiği bir “talep değerlendirme komisyonu” var. Bu komisyonda ilgili birimlerin yöneticileriyle birlikte talepler değerlendiriliyor. Sonuçta gerekli ya da gereksiz görüldüğüne dair bir görüş ortaya çıkıyor, biz de limitlerimiz dahilinde satın alma sürecini başlatıyoruz. Bakanlık yani genel bütçe, hastanenin aldıkları ve İl Sağlık Müdürlüğü’nün yaptığı ihaleler olarak bakabiliriz. Daha sonra satın almaya giden talebi oradaki arkadaşlar kamu ihale kanununa uygun şekilde malzemenin cinsine göre ihale, doğrudan temin gibi yollardan alımını yapabiliyor. Tabii biz bir kamu kuruluşuyuz ve Sağlık Bakanlığı’na bağlı çalışıyoruz. SGK’ya fatura edilebilen ve edilemeyen tedaviler var. Ama bizim ilk amacımız bu değil, ilk amacımız hangi hasta grubuna hitap edeceğiz, öncelikli hasta grubumuz var mı bu bütçeyi kullanacağımız, tabi ki de SGK faturası önemli ama bu ilk kriter değil. Bu analizlerin tamamını yaptıktan sonra ilgili klinik hocalarla vs görüşüyoruz, çevrede bu tedavinin yapılabileceği bir merkez varsa başka bir alana yöneliyoruz. Mesela Şişli Etfal’de organ nakli yapılıyor, biz bu durumda KVC’ye yöneldik. Bu finansal kaynakları uzun vadeli sürdürülebilir başarıyı garanti edeceğimiz bir stratejik bakış açımıza örnek olabilir. Ayrıca Bakanlığın hazırladığı 2011-2023 hedefleri kitapçığında da stratejik plan var. Biz de ona tabii olarak ve çevremizdeki sağlık hizmetlerini göz önünde bulundurarak bir strateji hazırlayıp bu yönde finansal kaynaklarımızı yönetiyoruz. Özellikle hizmetler dediğimiz hem ekonomik olarak çok pahalı teknolojiler gerektiren cihaz ve malzemelerle verilen hizmet hem de hasta grubunun özellikli olduğu, her hastanede olmayan hizmetler hastaneler bazında dağıtmış durumda Sağlık Bakanlığı. Örneğin organ naklini Şişli Etfal yaptığı için biz de yatırımlarımızı planlarken bu yönde hareket ediyoruz. Ben buraya organ nakli kuracağım diye diretemem zaten hem Bakanlığın stratejik planında değilim hem de bu zaten yakın bir merkezde var bunu yapmaya gerek yok, ben başka bir plan uyguluyorum kendime. Biz Okmeydanı olarak şu an KVC, kardiyoloji ve onkoloji üzerine yoğunlaşıyoruz. Bu da bizim stratejik planımız oluyor aslında her ne kadar yazılı olmasa da.

ES cevapları aşağıdaki gibidir;

4b. Finansal kaynaklar sürdürülebilir başarıyı güvence altına alacak biçimde yönetilir.

Kalite Direktörü

“SKS de kurumsal stratejiler kısmında mali kaynaklar yönetilir diye bir ibare var. Ama asıl verimlilik kriterlerinde ölçümünü yapıyoruz. Pek çok alan var. Yönetici performans kartları diye bir sistem var orada mali kaynakların takibi yapılıyor. Su giderini dahi görebildiğimiz detaylı bir sistemimiz var. SKS de mali kaynaklar stratejik amaçlarımız içinde yer aldığı için gösterge olarak takibini yapıyoruz.”

İdari ve Mali İşler Müdürü

“Biz her yıl 9. Vey 10. Ayın sonunda gelir ve gider bütçesine bakıyoruz, bir önceki yıl ile karşılaştırmasını yapıyoruz, Bakanlığın belirlemiş olduğu oran üzerinden de hedeflerimizi belirliyoruz. Örnek olarak bütçe bir önceki yılın %10’unu geçemez diye bir üst limit var ve ben bu üst limiti geçen bir hedef koyamıyorum. Buna göre yapacaklarımı hedeflendiriyorum. Biz gelir ve giderlerimizi şu ana kadar çok büyük açıklar vermeden yönettik. Çok nadiren güncellemeler yapıldı, onların da gerekçeleri var tabii. Örneğin hedef olarak özellikle hizmetlerin açılması var ise bu durum bütçenin giderini arttırır. Bu nedenle de gider bütçenizi tekrardan revize ediyorsunuz. Bizim için de böyle bir durum oldu. “Evde Sağlık Hizmeti”nin bizim hastanemiz bünyesine geçmesi giderlerimizi arttırdı. Aynı şekilde “Palyatif Yatak Hizmeti” nin yatak kapasitesinin 30’a çıkarılması hedefi de gider bütçesinin artmasına neden oldu. Bunlar sosyal içerikli hizmetler gideri fazla geliri az olan hizmetlerdir. Ama bir taraftan da parayla ölçülemeyecek bir hizmet veriliyor burada. Kamu kurumlarının böyle bir sorumluluğu da var. Bakanlığımız da bu konuyu destekliyor zaten. Biz kamu olarak bu tür hastalarımıza hizmet verirken şunu diyemeyiz, “bu hastalar benim giderimi karşılamıyor ben bu hizmeti veremem”. Bu hizmetler gelir gider oranına bakıldığında gideri gelirinden ortalama 20 kat daha fazladır. Dolayısıyla Bakanlığın bu sorumluluğu var bizde bu sorumluluğu görev atandığı takdirde en iyi şekilde yerine getirmekle mükellefiz. Böyle bir durum özel hastanelerde olmaz, kamu hizmeti olarak verilir. Bizim önceliğimiz topluma hizmet.

SÇ cevapları aşağıdaki gibidir;

4b. Finansal kaynaklar sürdürülebilir başarıyı güvence altına alacak biçimde yönetilir.

Kalite Direktörü:

“Sks de buna yönelik çok belirli stratejiler yok ama şu var; “kurumsal stratejiler belirlenir, belirlenirken mali yapı da dikkate alınır” gibi bir ibare var. Ama verimlilik kriterlerinde bu var ve bunun üzerinde çok duruyor. Verimliliğin ana göstergeleri bunlar zaten ama kalitede sadece kurumsal amaç, stratejiler belirlenmelidir diyor mali, genel hepsini yazıyor ama opsiyonel bırakıyor, çekirdek kriter değil. Ama biz bunu verimlilik kapsamında yapıyoruz. Bir planımız var bu plan beş yıllık bir plan, mali analizleri yönetim toplantılarımızda yapıyoruz.”

İdari ve Mali İşler Müdürü:

“Özellikle biz mali müdürlerin amacı bizim için belirlenen bir bütçe var gider ve gelir kalemleri açısından konuşacak olursak şöyle bir mesuliyetimiz var; gelir kaleminde belirlenen bütçenin üstüne çıkabilirsiniz ama gider kaleminde bu bütçeyi aşmanızı tasvip etmiyorlar. Eğer çıkılırsa da bunun gerekçelerini açıklamak durumundasınız. Biz gelir ve gider kalemlerimizi hastane olarak aylık periyodlarla takip ediyoruz, bununla birlikte Bakanlık da bizi sistem üzerinden takip ediyor. Karlı bir kurum olabilmek benim açımdan sorumluluğum ama bu durum kurum açısından tüm personeli de yakından ilgilendiren bir durum döner sermaye yönetmeliğinden dolayı. Bu sebeple gelir ne kadar iyi olursa herkes daha fazla döner sermaye alıyor. Biz de döner sermayeyi bu sistem üzerinden takip ederek her ay için optimum düzeyde tutmaya çalışıyoruz. Örneğin 9 günlük kurban bayramında birçok hastane döner sermaye dağıtamamışken biz bunu ayarlayıp tavan üzerinden döner sermaye dağıtabildik. Bu da çok motive edici bir durum. Biz yönetsel olarak uzun vadeli planlarımızı toplu bir şekilde konuşarak kararlaştırıyoruz. Biz vatandaşa hizmet için buradayız ve bunu daha iyi nasıl yapabileceğimizi toplantılarımızda konuşuyoruz. Biz her işlem için gider gelir analizi yapıyoruz. Bazı işlemlerde zarar etsek de o zararın bir diğer işlem kalemiyle kapanmasını ön görebiliyorsak zarar da etsek bazı alanlarda hizmet vermeye devam ediyoruz. Çünkü öncelik vatandaşa hizmet.”

Betimsel Analiz;

4b. Finansal kaynaklar sürdürülebilir başarıyı güvence altına alacak biçimde yönetilir.

Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastanelerde bütçe hem genel bütçeden hem de döner sermayeden oluşmaktadır. Kurum hangi alana yatırım yapacağını hangi envanter taleplerinin karşılanacağını yıllık hedefler ile belirlemektedir. Finansal sürdürülebilirlik anlamında bir takım risklerin varlığı yönünde kanıtlar mevcuttur. Örneğin ES’ye Sağlık Bakanlığı tarafından atanmış olan evde bakım hizmeti, gideri arttıran bir hizmet olmakla birlikte toplumsal bir sosyal sorumluluk hizmeti olması sebebiyle de hizmetin devamlılığı Bakanlık bütçesi tarafından garanti altındadır. Bu anlamda bir kamu hizmeti olarak sunulan sağlık hizmetlerinin Sağlık Bakanlığı’nın da finansal desteği ile halka arz edildiği görülmektedir. Kamu kurumlarında bazı hizmetlerden zarar dahi edilse o hizmet kamu yararına ise Sağlık Bakanlığı güvencesi ile verilmeye devam edebilmektedir.

4c. Binalar, donanım, malzemeler ve doğal kaynaklar sürdürülebilir bir biçimde yönetilir.

OM cevapları aşağıdaki gibidir;

Strateji Müdürü

“Aslında az önce bahsettiğimiz tüm bunlar binalar, donanım, malzeme ve doğal kaynaklar için de geçerli. Örnek vermek gerekirse yeni binaya geçecek olmamız da bizim çalışmamızı etkiliyor. Bir çok alanda ek binalar, prefabrikler görmeniz mümkün. Asıl hizmet verdiğimiz binanın dışına çıkarak alan genişlemesi yapmak durumunda kaldık. Bu durum hizmetin aksamamasını sağlamak içindi. Tabii süreç şu anda ki gibi hızlı ilerlemedi. Binanın temeli 2011’de atıldı ama son iki yılda hızlandı bina yapımı ve 2019’da geçebileceğiz. Maddi varlıklarımızın yönetimine gelirsek de her ayın 10. gününde gelirlerimiz için bir fatura kesiyoruz bir önceki ay için, o faturanın içinden personel maaşlarını çıkardığımızda kalan döner sermaye, ek ödeme, performans dediğimiz kalemlerden oluşuyor. Döner sermaye bizim için önemli tabii ki de. Sağlık Bakanlığı’nın döner sermaye için belirlediği bir üst limit var ki o da %28. Yani genel sermayenin %28’ini geçmemesi gerekiyor. Bakanlık bu ödemelerini arttırılması için hastaneleri teşvik ediyor. Diyor ki sen ne kadar özellikli hizmet üretirsen Sağlık Bakanlığı A grubu hizmetlere daha fazla ek ödeme yapıyor. Bu da döner sermayemizin artmasını sağlıyor. Bu anlamda kaliteli hizmet sunumunu yapmayı da teşvik ediyor bir anlamda. Siz ne kadar özellikli hizmet sunumu yönünde kalitenizi arttırırsanız, yetkinliğinizi arttırırsanız o kadar döner sermaye gelirin de artıyor. Tabii burada kodlama usulüne uygun olarak faturalandırma da çok önemli Teşhis İlişkili Gider dediğimiz kısaca “TİG” olarak geçen bir faturalandırma sistemi ile çalışıyoruz. Doğru kodlama yaparak kesilen faturalar da eskiden performans olarak ek ödeme alınıyordu ama şimdi kaldırıldı. Ama inşallah geri gelir. Ek ödemeye tabii olduğunda hekimler tanı kodlarının girişine çok dikkat ediyorlardı. Şimdi orda aksamalar yaşıyoruz, ek ödeme geri dönerse bu doğru kodlamaya özen gösterilir ve böylece döner sermayeye ek ödeme oranımız da artar. Gelen para aslında çok önemli değil ama bu teşvik ediyor. İşler doğru yapılıyor, doğru veri tabanı oluşuyor. Bu anlamda da çok önemli olduğunu düşünüyorum. Açıkçası para getiren her şey dikkate alınıyor, para getirmeyen hiçbir şey dikkate alınmıyor maalesef. “

Prob (sonda) soru: Bunun dışında Okmeydanı Hastanesi sektöründe ekonomik, çevresel ve sosyal standartların geliştirilmesine aktif biçimde destek olur mu?

“Şöyle ki görüşlerin sorulduğu, bazı anketlerin yapıldığı ortamlar olabiliyor. Kamu ihale kurumunun kongre, sempozyum gibi eğitimleri oluyor ve o eğitimlere ilgili birimlerin müdürleri, müdür yardımcıları gidebiliyor. Orada istişareler sonucunda bizim tespit ettiğimiz yenilikler, sonuçlar paylaşılabiliyor ve ona göre her sene veya iki senede bir bazı güncellemeler yapılabilir. Onun dışında bu konuda farklı bir uygulama yapma ihtimaliniz kamuda yok. Satın alması gerçekleştirilen her şeyde kamu ihale kanununa tabiyiz. Sadece yenilikçi cihazlar alınabilir ve bu tarz yenilikler yapılabilir ama usul olarak standartları kanunla belirlenmiş bir süreç için yenilik yapamıyoruz. Örneğin robotik cerrahi, dijital hastanecilik gibi uygulamalar için yenilikçi donanım, cihazlar tabii ki de alınıyor. Böylece ekonomik, çevresel ve sosyal standartların geliştirilmesi sağlanıyor. Çevreye duyarlı

olarak tasarlanan malzemeleri almamız gereken alanlarımız var. Bu konuya dikkat ediyoruz ayrıca atıkları olan cihazlarımız, radyoaktif atıklarımız konusunda yine bakanlığın prosedürleri, talimatları kapsamında hareket ediyoruz ki bu uygulamalar gerek hastane çalışanlarını ve hastaları gerek çevreyi korumak üzere tasarlanmış durumda. Kısaca uygulamaya değinecek olursak örneğin radyoaktif atık alanı var orada ayrıştırılma işlemi yapılır ve çevreye karışmadan bertaraf edilir. Atık yönetiminde bunun uygulaması ayrıntılarıyla vardır. SKS kapsamında zaten çekirdek olarak bildirimi olduğu için uyulması kesinlik arz ediyor. Bunun çok ciddi yaptırımını var. “

ES cevapları aşağıdaki gibidir;

4c. Binalar, donanım, malzemeler ve doğal kaynaklar sürdürülebilir bir biçimde yönetilir.

Kalite Direktörü:

“Burada da bizler malzemelerin alıma uygun olup olmadığını kontrol ediyoruz. Onların da ekipleri tanımlı. Örneğin acile gelen bir malzemenin uygunluğunu sorumlu hekimi, hemşiresi gibi tanımlı kişiler yapıyor. Malzemelerin stok takibini yaptığımız sistemlerimiz var. Örneğin tekstil ürünleri üç ayda bir talep edilebiliyor. Bu da her malzemenin sürekliliğini sağlamada bize yardımcı oluyor. Satın alam fiyat araştırmasını yapıp uygun olanını kamu İhale Kanunu uyarınca satın alıyor.”

Mali İşler Müdürü:

“Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde bu konuya bakabiliriz. Bu konular bakanlığın stratejileri gereği de çok önemli. Binalar, donanım, tüm malzemeler dönüşüm programı çerçevesinde çok önemli ve hizmet öncelikli olduğu için yine buradaki bakış açımız en iyi, en kaliteli hizmet için tüm donanımın buna göre alınmasıdır. Örnek verecek olursak “Evde Bakım Hizmeti” gibi çok önemli bir hizmeti verirken aracın da, tüm ekipmanların da en iyi özellikte seçilmesi gerekir.”

SÇ cevapları aşağıdaki gibidir;

4c. Binalar, donanım, malzemeler ve doğal kaynaklar sürdürülebilir bir biçimde yönetilir.

Kalite Direktörü:

“Bütün devlet kuruluşları bunu yapıyor zaten. Ama bu biraz havada kalıyor, neden dersiniz biz zaten tıbbi cihazlarımızı, tüm varlıklarımızı, fiziksel donanımımızı sağlarken yönetmelikler kapsamında hareket etmek durumundayız ve en uygun seviyede yapıyoruz. Örneğin tıbbi cihaz alımı yapacaksak zaten Türkiye genelinde kurulmuş bir sistem var, tüm kurumlar

ihtiyaç fazlasını bu sisteme giriyor, buradan klinik mühendislik o listeyi görüyor ve o cihazı biz böylece ücretsiz almış oluyoruz. Bakanlığın böyle bir stratejisi var zaten. Yani devlet politikası gereği hemen cihaz alımı yapamıyoruz. Öncelikle bu havuzdaki kaynaklardan temin yapıyoruz. Çevresel etki derken de yine biz Bakanlığın kuruluşuyuz ve bu yöndeki politikalara yasalara tabiiyiz. Ayrıca toplum sağlığında da her türlü ekipmanımızı, cihazlarımızı toplum sağlığı taramalarında kullanıyoruz. Bunu da en üst düzeyde gerçekleştiriyoruz.”

İdari ve Mali İşler Müdürü:

“Sağlık sektörü ve teknoloji hızlı ilerliyor. Mevcut eski hastanelerimiz de var. Bu eski hastaneleri de yeni sisteme entegre etmek gibi bir görevimiz de var. Belirli birimlerimizi yenileme sistemine geçmiş durumdayız. Bu yenileme yapılırken de son teknolojinin şartları dikkate alınıyor. Yeni bir donanım veya malzeme alacaksak bakış açımız biraz daha fazla ödeyelim gerekirse ama en iyisini alalım 5 yıl kullanacağımıza on yıl kullanalım. Ayrıca bir malı aldıktan sonraki servisin kalitesi de bizim için çok önemli. O yüzden de mümkün olduğunca daha kurumsal, daha iyi teknik ekibe sahip firmalarla çalışıyoruz. Zaten sektörde herkes birbirinin az çok ne yaptığını biliyor, eğer burada bir yenilik ve güzellik varsa başka sağlık kurumları da onu otomatik olarak uygulamak için talepte bulunuyorlar. Ona göre de bir süreç başlatılıyor. En önceliğimiz iyi ürün, hem hastalara hem çalışanlarımıza en iyi hizmeti verebilecek bir ürün ve tabii ki çevreye zararlı etkisi olmayan ürünleri temin etmektir. Örneğin yere bir pvc yaptırıyoruz. Bunun beş çeşidi varsa biz üst segment malzemeyi almak isteriz. Bizim kurum olarak bakış açımız bu şekildedir.”

Prob (sonda) soru: Toplumsal ve doğal çevre açısından kurumunuzu nasıl değerlendirirsiniz. Bu konuda SKS kapsamında neler yapabiliyorsunuz?

“Tehlikeli ve tıbbi atıklarımız İstanbul Belediyesi İstaş ve Çevre ve Şehircilik Bakanlığı ile beraber koordineli olarak takip edilmektedir. Valilik tarafından yapılan aylık ve altı aylık toplantılarda İstaş, Çevre ve Şehircilik Bakanlığı ve İl Sağlık Müdürlüğü ekiplerimiz toplu halde toplantılar yapılır. Tehlikeli atıklarımız için yıllık anlaşmalar yapılır ve kilo başına bir bedeli vardır, onların ödemesini yaparız. Ayrıca bir proje var. Kartal Eğitim ve araştırma Hastanesi’nde pilot uygulaması yapılıyor ki “Sıfır Atık Projesi” Bu çalışmayı da yine Çevre ve Şehircilik Bakanlığı, İstaş ve İl Sağlık Müdürlüğü takip ediyor. Örnek bir uygulama neticelenmesine az kaldı. Eğer istenen sonuçlar alınırsa tüm İstanbul’daki hastanelerde “Sıfır Atık Projesi” devreye girecek. Birde eskiden tehlikeli ve tıbbi atıklar herhangi bir hastanedeki depolara koyuluyordu şimdi bununla ilgili en son çıkan yönetmelikle beraber hastane dışında belirlenen yerlerde özel konteynırlarımız var, klimalı ve dezenfekte sistemli. Bu konteynırlarda depolanıyor. Bunlar uluslararası standartlara uygun. Örneğin kıyafet yönetmelikleri gibi standartlar var.”

Betimsel Analiz;

4c. Binalar, donanım, malzemeler ve doğal kaynaklar sürdürülebilir bir

biçimde yönetilir.

Kurumun var olan kaynaklarını sürdürülebilir bir biçimde yürüttüğü açıktır. Temel seviyede sağlam temelli ve bütünleşik bir yaklaşımı söz konusudur. Yayılım ve değerlendirme ölçme faaliyetleri yapılmaktadır. Örnek verecek olursak bina turları her üç ayda bir yapılmaktadır. Bu sayede donanım, malzemeler yerinde değerlendirilebilmektedir. Bununla birlikte öncelikli olan bir takım fiziksel önlemlerin alınması gündemdedir. Örneğin OM ve ES’de binanın çevresinde fiziksel anlamda tehdit oluşturabilecek bir takım riskli alanlar mevcuttur. Bu konuda çalışmalar planlanmıştır. Sürdürülebilirlik projeleri için kurumların başlangıç seviyesinde girişimlerde bulunduğu yönünde kanıtlar mevcuttur. Çevresel zarar, ürünlerin yaşam çevrimleri süresince güvenli kullanımı, enerji tasarrufu gibi çevresel sosyal standartların geliştirilmesi yönünde hedefleri mevcuttur. Hastanelerin dijital hastane olma hedefleri mevcuttur. Bu yönde bazı servislerin HIIMS 6 sertifikası aldığı ifade edilmiştir. Ancak tüm hastanenin geçişi için çalışmalar henüz tamamlanmamıştır. Bu sürecin uzun bir yolculuk olduğu ifade edilmektedir. Bu sayede kağıtsız hastane de olarak sürdürülebilir bir çevreye katkı sağlanabileceği ifade edilmektedir. Bununla birlikte öncelikli olan bir takım fiziksel önlemlerin alınması gündemdedir. Binanın çevresinde fiziksel anlamda tehdit oluşturabilecek bir takım riskli alanlar mevcuttur. Bu konuda çalışmalar planlanmıştır.

4d. Teknoloji, stratejinin yaşama geçirilmesini destekleyecek biçimde yönetilir.

OM cevapları aşağıdaki gibidir;

Kalite Direktörü

“SKS kapsamında bu konu değerlendirilen çok önemli bir konu. Bunun içini kriterler var. Bilgi işlem firması hizmet satın aldığı anda bu kriterleri uygulamak durumunda. Verilerin korunması, yedeklenmesi, ulaşılabilir olması gibi süreçler, sistemde bir aksama olduğunda sunucunun depolandığı bir alan var buranın güvenliği çok önemli. Hepsiyle ilgili tedbir alınmış bir durumda. Burada amaç hastalara en iyi hizmeti kesintisiz bir biçimde verebilmektir. Onların tüm bilgilerini arşivliyoruz ve hastalarımızın bilgilerine ulaşma hakkı bizim güvencemiz altında. Eğer hizmet alınan tedarikçi ihtiyacı karşılamıyorsa biz talebimizi iletiyoruz. Buna yönelik iyileştirme çalışmaları başlatılıyor. Bazen farklı isteklerimiz olabiliyor. Bunların da karşılanabilmesi

çok önemli. Bu açıdan da karşılıklı bir güven ilişkimizin, zamanında hizmet alınmasının önemi çok büyük oluyor. Örneğin yoğun bakıma yönelik bir çalışma yapmak istedik ama ekranlarda bunun için veri alanı yoktu, talep ettik ve buna yönelik isteğimiz karşılandı. Örneğin bakanlık yönetici takip ekranlarımızın olmasını istiyor ve her alanın parametre parametre takip edilebilmesini istiyor. Böyle bir ekranımız yoktu. Bilgi işlemiden böyle bir çalışma yapmasını istedik, onlar da hazırladılar sonuçta. “

Strateji Müdürü:

“Bu konuda aslında daha önce konuştuğumuz gibi biz hasta güvenliği, memnuniyeti ile çalışan güvenliği ve memnuniyetini sağlamak esasına dayanarak çalışıyoruz. Bunun için de yapabildiğimiz kadarıyla öneri şikayet kutuları, anketler, intranet portalı, sms gibi teknolojileri bu stratejilerimizi gerçekleştirmek üzere kullanıyoruz. Gelen önerilerle de daha da farklı çalışmalar yapabilmeyi çok istiyoruz. Ama bu konuda asıl hizmetimiz yeni binamızda yapacak olduğumuz dijital hastane olma çabalarımız olacaktır. Biliyorsunuz hastanelerde nerdeyse her alanda kullanılan ve gerekli de olan ama zaman zaman aksamaların yaşanabildiği “hasta bilgilendirilmiş onam formlarımız var. Bunların hem personeli hem de hastayı koruyucu özelliği var. Örneğin dijital hastanecilik uygulaması ile bu formların dijital ortamda imzalatılması gibi süreçler uygulamayı kolaylaştırabilecektir. Örneğin hastaların bilekliklerindeki barkodu okutarak hemşirelerimizin tedavi yapması hasta güvenliği açısından son derece önemli. Bu sayede her türlü doğrulamayı yapmış ve hatasız bilgilerle çalışma imkanınız oluyor ki bu süreçte yabancı hasta trafiğini düşünürsek – Suriyeli ve Filistinli çok hastamız oluyor- son derece önemli bir uygulama gerek hasta gerek çalışan güvenliği açısından. Şu anda demo olarak iki klinikte kullanıyoruz ama satın alma aşamasındayız. “

Prob (sonda) soru: Bu kararlarınızı alırken zaman yönetimini nasıl sağlıyorsunuz?

“Acil durumlar dışında mutlaka prosedür neyse o süreci beklemek durumundayız. Örnek vermek gerekirse bir kafa travması vakası geldiğinde gerekli malzemeler için tabi ki de bir prosedür izleyemeyiz, durum acil ise prosedürü beklemeksizin acil olarak, anında malzemesi alınır ve gelir, işlemleri de o arada yapılır ama sonrasında tamamlanır. “

Prob (sonda) soru: Sağlıkta dönüşüm çerçevesinde baktığınızda daha çevik bir yönetim anlayışından bahsedebilir miyiz, nasıl değerlendirirsiniz durumu?

“Teknolojinin katkısını unutmamak lazım. Bu kesinlikle süreci hızlandırdı. Şimdi hastalar telefonla veya internetten randevu alabiliyorlar ve bu durum gerek hasta gerek hastane personeli için zaman planlamasını sağladı. Sabahın çok erken saatlerinde gelip sıra bekleme gibi bir durum söz konusu değil. Bunun yanında daha fazlasına ihtiyaç var mı var. Bu gelinecek son nokta elbette ki değil. Ama bir iyiye gidiş var diyebiliriz. “

ES cevapları aşağıdaki gibidir;

4d. Teknoloji, stratejinin yaşama geçirilmesini destekleyecek biçimde yönetilir.

Kalite Direktörü:

Su an biz HBYS sistemini kullanıyoruz, elektronik belge sistemi olarak. Teknolojinin getirdiği çok fazla kolaylık var diyebilirim, laboratuvarların entegrasyonu gibi, servislerde kullanılan gebelerin bildirim sistemleri gibi. Ama laboratuvarlar için çok fazla firmadan hizmet alıyoruz ve bu bizim için sıkıntı olabiliyor. Onun dışında entegrasyonu olan sistemler işimizi kolaylaştırıyor.

Prob (sonda) soru: İşbirlikçilerinizden herhangi bir yenilik istediğinizde destek alabiliyor musunuz?

“Sarus kullanıyoruz biz. Kalite gereği yasal yönergeler kapsamında da değişiklikler istiyoruz ve hizmet alabiliyoruz. Bazı durumlarda yazılımı değiştirmek gerektiği gibi dönüşler de olabiliyor o zaman mevcut haliyle devam ediyoruz.”

İdari ve Mali İşler Müdürü:

“Teknolojinin en hızlı geliştiği alanlardan biri sağlık sektörü. 10 yıl önce kullandığınız cihaz teknolojisi şu anda yok artık. Burada paydaşımız özel sektör, onlar sağlık kuruluşlarına gelip cihazların, yeni teknolojilerin tanıtımlarını yapıyorlar, tabi bu cihazlar da Bakanlık onayından geçen cihazlar oluyor. Burada da bildiğiniz gibi tüm cihazların “ÜTS” kayıtları Bakanlık tarafından tutuluyor. Bu kayıtlar olmadan cihazın alımı da söz konusu olamaz. Tıbbi cihazların tamamının girdiği bir depo ve bunun için kullanılan bir sistem var. Sistem ÜTS numarası olmayan cihazı da kabul etmez. Biz de alımları yaparken ihtiyacımıza göre hareket ediyoruz. Tabii ki her yeni cihazı almak gibi bir durumumuz yok. İhtiyacı da saha belirliyor. Hekim ağırlıklı olmak üzere diğer sağlık personelinin de ihtiyaçları belirlenerek alımlar yapılıyor.”

Prob (sonda) soru: Yazılım ve donanım açısından iş sürelerinizi yönetirken teknolojik alt yapınızı nasıl değerlendiriyorsunuz?

Cevap: Bunu ikiye ayırabiliriz. İlki kamunun geliştirdiği yazılım ve mevzuatıyla belirlediği süreçleri var. Mesela MKYS: Malzeme Kaynakları Yönetim Sistemi, TDMS: Tek Düzen Muhasebe Sistemi, KMS: Kamu Mali Yönetim Sistemi var. Bir de özel sektörden alınan destek yani dış kaynak kapsamında alınan yazılım hizmetleri var. Buna da örnek olarak şu anda tüm kamu hastanelerinde kullanılan HBYS: Hastane Bilgi Yönetim Sistemi'ni söyleyebiliriz, laboratuvar yönetim sistemi, yine görüntüleme sistemlerinin entegrasyonunu sağlayan pacs sistemi, ebys: elektronik belge yönetim sistemi ki bu istem daha önce özel sektör kaynaklıydı şimdi kamuya ait. Tabi burada kullanılan tüm sistemler ihtiyaçlar doğrultusunda geliştiriliyor. Hiçbir sistem 10 yıl önceki haliyle aynı değil, ihtiyaçlara uyumlu hale getiriliyor, bununla

beraber mevzuatlar da sürekli olarak güncelleniyor ve geliştiriliyor. Günümüz dünyasında biliyorsunuz ki her uyandığınızda yeni bir mevzuatla, kanun değişikliği ile karşılaşıyorsunuz. Tabii ki burada öncelikle alt yapı ve donanımı sağlamak sonra bir üst yazılıma ya da cihaz teknolojisine geçebilmek önemli. Gerek çalışanların eğitimi, adaptasyonu, gerek satın alma süreçleri ile yeni teknolojiye hazır olmak gerekiyor.

SÇ cevapları aşağıdaki gibidir;

4d. Teknoloji, stratejinin yaşama geçirilmesini destekleyecek biçimde yönetilir.

Kalite Direktörü:

“Bakanlık 2020 projesinde tüm hastanelerin dijital hastane olması yönünde bir hedef koydu. Bir yıl içinde geçilmesi her ne kadar hedeflense de böyle bir alt yapı bence yok. Bizde de şu anda uygulanan pacs sistemi uygulaması mevcut. Bu sistemde örneğin Baltalimanı’nda muayene olmuş ama işlemini bizde randevu aldığı için yaptırmış olan hastanın tetkik sonucu her iki kurum tarafından da görüntülenebilmekte. Bu uygulama tüm devlet hastaneleri için geçerli. Bunun dışında akılcı laboratuvar uygulaması mevcut. Bir tıbbi değer referans değeri standartlaştırıldı ve sonuçlar her yerde görülecek durumda. Bakanlığın yine e-nabız uygulaması çok önemli. Biz de gerek hekim ve diğer sağlık personelimize gerek hastalarımıza bunun eğitimini veriyoruz. Hastalara bekleme süreleri içinde bu sistemi tanıtıyoruz, öğrenmelerini, sistemi kullanmalarını teşvik ediyoruz. Teknolojik cihazlara da değinecek olursak biliyorsunuz Türkiye teknolojik cihaz konusunda en üst seviyelerde. Atıl durumda olan cihazlar varsa biz bunlarla ilgili destek alıyoruz. Baltalimanı, Kagıthane , Taksim gibi devlet hastanelerinden mr, bt gibi tetkikler için destek alıyoruz. Bizim yerimiz yetersiz olduğu için o cihazların alımını yapmak yerine destek alıyoruz. Genelde devlet kuruluşları arasında bunlarla ilgili hizmet alımları oluyor. Biz en iyi cihaz nerdeyse o kurumlarla protokol imzalamaya çalışıyoruz. Dışardan hizmet alımlarında hastalarımız açısından onların önceliği de olması bir avantaj olabiliyor. Hastalarımız da mağdur olmuyor. Hastanın randevusunu da biz aldığımız için memnuniyeti sağlıyoruz. Burada bt yok, mrg yok deyip hastayı göndermiyoruz kısacası.”

Prob (sonda) soru: Çalışanlarınızın teknoloji ile olan bağı nasıldır? Bu konuda size geliştirici, iyileştirici fikirler sunuluyor mu, sunuluyorsa da nasıl bir değerlendirmeniz var?

“Bununla ilgili kağıt order uygulamasını örnek verebiliriz. Bu konu daha geçenlerde bi toplantıda gündeme geldi. SKS ilaç order kullanımı için “veya” ibaresi kullandığından biz kağıt orderı kullanıyoruz, verimlilik ise HBYS sisteminin kullanılmasında kesinlik ifadesi kullanıyor. Biz bu konu hakkında bir çalışanımızdan yeni bir fikir aldık, HBYS sisteminden order kullanımı için sistemde olmayan bir uygulama talep etti, fikir çok güzeldi, yönetim olarak değerlendirmek istedik ve HBYS firmasından buna yönelik bir uygulama

talep ettik ancak bu uygulamanın yapılabilmesi için ek yazılım gerekeceğini ilettiler sonuçta bu da maliyet unsuru olduğundan bu sefer Bakanlık devreye giriyor ve her yenilik için bir mali kaynak sağlayamıyor. Bu anlamda bu fikri de değerlendirememiş olduk. Bu fikirlerin gelişmesine kalite çok önem veriyor, toplantılarda çalışanların görüş önerilerinin alınması, bu fikirlerin desteklenmesi çok önemli olduğu için biz de bunu yapıyoruz ama yine biraz maddiyata takıldığımızı söyleyebilirim. Ama bakanlığın yine il sağlık müdürlükleri aracılığı ile teknolojik çalışmaları desteklemeye yönelik çalışmaları mevcut. Yazılımla alakalı da böyle bir talebin karşılanması yine sağlık müdürlükleri bazında gerçekleşebilir. Bunun olabileceğini düşünüyorum. Örneğin her kurum internet sayfasını kendisi yönetiyordu ama şimdi bu İl Sağlık Müdürlüklerine devredildi. Bu tür yazılım çalışmaları da devredilebilir. Taleplerimiz karşılanabilir. Çünkü bakanlık bu tür teknolojik gelişime çok önem veriyor. Buna bir örnek daha vereceğim. Klinik kalite diye bir uygulamamız var. ICD 10 kodu ya da TİG olarak da ifade ediliyor. Biz uygulamada SUT kodlarını HBYS'ye tanımlatıyoruz ve bu kodların bizler tarafından sisteme doğru girilmesi çok önemli. Aksi takdirde puanlama doğru olmayacağından maddi getirili işlemlerin karşılığını alamıyoruz. Burada en güzel taraf şu, her sağlık personelinin beceri seviyesi aynı değil ama bu uygulama her işlemi bir algoritma ile açıkladığından onu takip etmek yeterli oluyor ve burada bütünsel bir bakış açısıyla hizmet standartlaştırılmış oluyor ki bu çok güzel bir uygulama. Ancak burada teknolojinin satın alındığı firmalar farklı olduğundan entegrasyonu sağlanamıyor ve bu durumda bizler arada kalıyoruz. Her iki şirket protokol imzalanarak bunların yapılması gerektiğini söylüyor bu da yine maliyete yol açtığından bizler veri girişinin yapılmasını hekimlerimizden istiyoruz bu da hekimlerimizin zaten yoğun olan iş yükünü arttırmış oluyor tabii bizlerin de iş yükü artmış oluyor. Aynı zamanda verilerin sağlıklı tutulmasını da engelliyor. Bu da teknolojide bazı alanlarda sıkıntı yaşanmasına neden oluyor. Bu nedenlerden dolayı şimdi Klinik Kalite Göstergeleri İl Sağlık müdürlükleri tarafından tutuluyor ama veri girişi sağlıklı olmadığından onlara giden verilerde de sıkıntı olabiliyor. Bence SKS de başarılı olunmak isteniyorsa teknolojik alt yapının çok iyi olması şart. SKS'de bunu destekliyor; HBYS firmalarının kullanıcı dostu olması gerekir gibi bir takım yaklaşımlar sunuyor ama burada da hastanenin ödeneklerine göre en iyi firmalarla çalışma söz konusu olduğundan her hastane en iyi HBYS firması ile çalışamayabiliyor maalesef. Tabii bu konuda Bakanlık hastaneleri büyütmeye ve mali olarak güçlenmeye teşvik ediyor. Siz A seviyesinde bir hastane olursanız ödenekleriniz artar ve daha iyi firmalarla çalışma şansınız da olabilir. Cihaz anlamında da ayaktan hastalar için gerekli olabilecek cihazlara yatırım yapıyoruz. Örneğin görme alanı, eforlu ekg , odyometri gibi cihazlara yatırım yaptık, bu da çok iyi oldu. Örneğin bölgede görme alanı olan tek hastane biziz. Ayrıca biz çekimleri aynı gün yapabiliyoruz. Örneğin başka hastaneler iki ay sonraya randevu verebiliyorken biz eforlu ekg'yi o gün çekebiliyoruz.

İdari ve Mali İşler Müdürü:

“Ben daha önceki görevlerimde yönetim süreçleri ve otomasyon süreçleri için iş analistliği yaptım. Bu hasta kadar çalışanlar için de değerli. Teknolojiyi ne kadar aktif ve efektif kullanırsanız sizin işiniz o kadar rahatlıyor. Bu bütün kurumlarımızda şu anda böyle, özellikle de sağlıkta böyle. Bunun için de hem Bakanlığın yapmış olduğu hem de bizim takip ettiğimiz HIMMS dediğimiz

bir dijital hastane projemiz var, bir nevi kağıtsız hastane projesi. Bakanlık şu anda bunun için büyük önem ve değer veriyor. Mevcut hem HBYS firmalarımız hem de teknolojik olarak kullanılan tüm cihazlarımızın kağıtsız dijital hastane statüsüne geçmesi için gerek teknoloji firmalarımız destek veriyor gerek hastane yönetimleri olarak biz de destekliyoruz. Bakanlığımızın uluslararası düzeyde de statü kazandığı E-nabız projemiz var. Bugün Hakkari’de bir film çekilmişse bizim kurumumuzdaki bir hekim bu filmi görebiliyor ya da daha önceki muayene bilgileri, reçete edilen ilaç bilgilerine erişimi olabiliyor. Bu teknolojik olarak bana göre bir atılım. Bu teknolojik atılımlar hastalar için de çok fark yaratıyor. Daha önce sonuç almak için hastalar sıralara girerdi şimdi bu külfet ve eziyet ortadan kalktı. Bizim için de oralarda kullandığımız iş gücü farklı alanlarda değerlendirmek üzere bir iş gücü potansiyeli yarattı. Yine Bakanlığın politikaları gereği bir reçete yazıldığında reçeteniz telefonunuza sms olarak geliyor. Randevunuz sms olarak hatırlatılıyor. Teknolojik alt yapıyı şu anda Bakanlık daha da üst düzeylere çıkarmak için çalışıyor. Bakanlık ayrıca bizi denetlemelerle, karne puanlarıyla özellikle teknolojik alt yapıyı güçlendirmemiz konusunda devamlı geribildirimlerde bulunuyor, takip ediyor.”

Betimsel Analiz;

4d. Teknoloji, stratejinin yaşama geçirilmesini destekleyecek biçimde yönetilir.

Hastanelerde teknoloji portföyünün yönetilmesi söz konusudur. Özellikle yoğun olarak kullanılan HBYS teknolojisiyle alakalı firmadan anlamlı bir destek aldıklarını ifade etmişlerdir. Dijital hastanecilik alanında sürekli olarak firmadan destek alındığı yönünde kanıtlar mevcuttur. Bununla birlikte teknolojik alt yapının daha da güçlendirilmesi gerektiğinin altı çizilmiştir. Bu süreç karşılıklı fikir alışverişleriyle halen devam etmektedir. İstenilen seviyeye henüz ulaşamadığı ifade edilmiştir.

4e. Bilgi ve bilgi birikimi; etkili kararlar verilebilmesine destek olacak ve kurumsal yetenekleri geliştirecek biçimde yönetilir.

OM cevapları aşağıdaki gibidir;

Kalite Direktörü

“Buna şöyle bir örnek verebiliriz Bakanlık yönetici takip ekranlarımızın olmasını istiyor ve her alanın parametre parametre takip edilebilmesini istiyor. Böyle bir ekranımız yoktu. Bilgi işlemden böyle bir çalışma yapmasını istedik, onlar da hazırladılar sonuçta. Bu şekilde süreci etkili biçimde yönetebileceğiz. Bunun yanı sıra veri tabanından gerek Sağlık Bakanlığı’nın talep etmiş

olduğu, gerek hastane yöneticilerinin talep etmiş olduğu tüm taleplere yönelik olarak da veri çekilip ilgili makama sunulmak üzere hazırlanabiliyor. İlgili paydaşların katkılarını almak için ise şöyle bir sürecimiz var. Dış paydaşlarda aynı zamanda İl Sağlık Müdürlükleri, Kamu Hastaneleri Başkanlıkları ile de belirli aralıklarla toplanılıyor. Başkanlık kendi içinde yöneticilerini toplayarak bir toplantı organize ediyor. İl sunumları oluyor, hastaneler kendi sunumlarını hazırlıyorlar, bu sunumlarda bütün parametreleri içeren gerek finansal gerek hasta bakımı gibi bütün işleyişe yönelik veriler bulunuyor. Bu toplantılarda örnek veriyorum Okmeydanı'nın yoğun bakım yatak sayısı eksikmiş gibi durumlara yönelik değerlendirme yapıp ana başlıklar çıkarılıyor, sonra İl Sağlık Müdürlüğü kapsamında da il sunumları oluyor ve il Sağlık Müdürlüğü'nden talepte bulunuluyor ve Sağlık Bakanlığı'na iletiliyor. Sonuçta bu bilgi birikimi paylaşarak kuruma destek isteniyor. Bu toplantılar sayesinde öğrenme ve işbirliği ağları da oluşturulmuş oluyor. Görüşmelerimiz her ne kadar rutin olarak 3 ayda bir olsa da hastane içinde müdürlükler başhekimle istediği zaman görüşebiliyor, başhekimlik de yine ihtiyaç duyduğu bir anda İl Sağlık Müdürlükleri ve Başkanlıkla görüşebiliyor. Böylece gerek kurum gerek hastalar için ihtiyaç ve talepler en uygun zamanda paylaşılmış oluyor. “

Strateji Müdürü:

“Biz eğitim ve araştırma hastanesi olduğumuz için bir çok sertifikayı verebiliyoruz. Hem uygulayıcısı hem de eğitici konumundayız. Örneğin ameliyathane hemşireliği sertifikasını biz veriyoruz. Bu eğitimi de yine ameliyathanemizde aktif olarak hemşirelik yapan çalışanlarımız veriyor, hemşirelerimiz veriyor. Yani bizim personelimiz eğitici konumunda. Yoğun bakım sertifika programlarımız da örnek olarak verilebilir. Bunların da bazı kriterleri var. Mesela 50 yatak üzerinde yoğun bakımının olması lazım, bizde var olduğu için niye bunun eğitimini vermeyelim diyoruz ve gerekli başvuruları yaparak ve eğitim verecek personelimizi de seçerek, bakanlığın belirlemiş olduğu eğitim standartları dahilinde eğitimlerimizi vermeye başlıyoruz. Bu bizim için önemli bir prestij kaynağı. Örneğin KBB'nin yeni doğan işitme tarama merkezi Türkiye'de sayılı merkezlerden biridir. Bu hizmetlerin akreditasyonu için yoğun çalışmalar yapılıyor ama dediğimiz gibi bizim prestijimiz açısından önemli.”

ES cevapları aşağıdaki gibidir;

4e. Bilgi ve bilgi birikimi; etkili kararlar verilebilmesine destek olacak ve kurumsal yetenekleri geliştirecek biçimde yönetir.

Kalite Direktörü:

“Kalitenin göstergeleri çok fazla, aynı zamanda bizim de hastane olarak da takip ettiğimiz süreçler var, ölçme değerlendirme kapsamında. Verilere sistem üzerinden ulaşmamız gerekiyor bir şekilde. HBYS sistemleri bu konuda biraz zorlanıyorlar çünkü hastanenin süreçleri diğer şirketlerden çok farklı o yüzden aslında yeni yeni adapte olmaya başladılar. Hastanelerin iyileşme süreçleri arttıkça HBYS'nin de paralel olarak bu iyileşmeyi yapması gerekiyor. İlk

başta çok zorluk yaşamamıza rağmen şimdi daha iyi ama her yerin kendine göre HBYS'ler ile sıkıntıları var, daha pratik uygulamaları görüp duyunca bizimki öyle değilmiş diyebiliyorsun. Aslında amaç çalışanların iş yükünü azaltmak, onlara katkı sağlayan teknolojik alt yapıyı geliştirmek ama bunu her zaman sağlayamıyoruz maalesef.”

İdari ve Mali İşler Müdürü:

“Bu verilerin tamamını değerlendiren bir birimimiz var. Aynı zamanda yönetim ve kalite ekibimi de bu ekiple beraber çalışıyor. Bu bilgilerin analizi kamu ve özel sektör yazılımlarından bağımsız hastane intranetinde bu bilgiler özet şeklinde kullanıcıların hizmetine sunuluyor. Bizim kendimizin yazdığı, ilave ettiği bildirimler de sahadan gelen geri bildirimler dikkate alınarak yapılıyor. Güncellemeleri de zaman zaman yapıyoruz.”

Prob (sonda) soru: Bu sürecin yaratıcılık ve yenileşime katkısı nasıl oluyor?

“Bir karar alırken nasıl bir veri vardı, nasıl bir kaynağım vardı gibi süreçleri değerlendirirken oraya bakıyoruz biz. Onun üzerine bir şey koymaya çalışıyoruz, geliştirmeyi de bu şekilde sağlıyoruz.”

SC cevapları aşağıdaki gibidir;

4e. Bilgi ve bilgi birikimi; etkili kararlar verilebilmesine destek olacak ve kurumsal yetenekleri geliştirecek biçimde yönetilir.

Kalite Direktörü:

“Bu konu SKS de yok ama verimlilikte var. Yönetici takip ekran sistemi var ve buradan her türlü veriyi takip et diyor ve bu verinin doğru mu, sağlıklı mı, geliştirici bir veri mi olup olmadığını da değerlendir diyor. Yalnız burada da ekranların geliştirmesi konusunda sıkıntı yaşayabiliyoruz. Örneğin ekranlarda toplam hasta sayısı yok ve biz verilere bakarken toplam hasta sayısını görmek istediğimizde başka ekrana geçmek durumunda kalıyoruz. Bunu değiştirmek geliştirmek istediğimizde uygulamanın değişmeyeceği iletiliyor ve bu da yine bir takım zorluklara yol açıyor.”

Prob (sonda) soru: SKS’de göstergeler ve anketler bilgi ve bilgi birikimi konusuna örnek olabilir mi?

“SKS de memnuniyet anketleri ve göstergeler veri anlamında karar vermede ve yeteneklerimizi geliştirmede kullanılıyor. SKS bu verilerin hedef değerine göre değerlendirmesini yapıp puanlamayı da buna göre yapıyor. Biz de SKS ye uygun olarak bu süreci işletiyoruz. Tabii bu süreçte eğer bir başka uygulama yapmak istersek bunun uygulanma prosedürü çok uzun sürebiliyor. Örneğin Bakanlık bütün hastaneler acil servisler için SMS uygulamasına geçsin dedi. Ama biz acil servis değil acil ünitesiyiz. Servisin ve ünitenin hizmet sunumu farklı. Ünite olduğumuz için biz 24 saat açık olamıyoruz ve bunu da mesajda belirtmek durumundayız ki yanlış yönlendirme olmasın. Ben

bunun değişmesini söyledim HBYS'ye ama bunun için Bakanlık yazısı gerektiği aksi takdirde işleme yapılamayacağı iletili. Bu da süreci uzattı ve Bakanlıktan istediğimiz görüş yazısı da benim ifademi doğruladı ve biz mesajda acil ünitesi şeklinde bildirim yaptık. Bu tür uygulamalarda maalesef zaman kaybı yaşanabiliyor.”

İdari ve Mali İşler Müdürü:

“Bu biraz da ne kadar çok gördüğünüzle alakalı ya da ne kadar çok işin içinde olduğunuzla alakalı. Bununla birlikte devamlı alanda çalışan arkadaşlardan da bilgi alıyoruz. Bana göre liderlik dışardan bakıp içeriye değerlendirebilme becerisidir. Kurumsal olarak içeriye karşı bir körlük oluşabilir, bu nedenle etkili kararlar almada dışarıdan bir göze ihtiyaç olabiliyor. Liderler bu noktada dışarıdan bakıp, içeriğin de fikrini alarak bir karar verebilmeliler. Bizde katılımcılık esas oluyor. Biz bir karar alırken bu şekilde yaklaşıyoruz.”

Prob (sonda) soru: Teknolojik olarak bir takım verileri işleyerek bir değerlendirme yapabiliyor musunuz, bu veriler sizin karar vermenizde nasıl etki yaratıyor?

Bir birimde bir değişiklik yapılacaksa o birimin hasta portföyü, orada uygulanan tedavi yöntemleri, bunun mali süreçleri, gelir ve gider dengeleri takip ediliyor. Bunlar da bizim için bir analiz sağlıyor. Mesela en güzel örneği yakın zamanda fizik tedavi ünitemizde bir hasta yoğunluğu vardı ve bu yoğunluğu azaltamıyorduk, bununla ilgili bir fiziki inceleme yaptık, sonunda şunu gördük; elimizdeki lazer cihazı hastaların ihtiyacını karşılamada sayı olarak yetersiz kalıyor, bize iki cihaz daha gelse, günlük 30-40 hastaya daha hizmet verebileceğiz ve beklemler azalacaktı. Kar zarar analizlerinde sonra iki cihazın alınması yönünde karara vardık. Birde bizim malzeme alırken ihtiyaç tespit komisyonlarımız var. Buradan heyet onayı almak durumundayız, sonrasında da Bakanlığın belirlediği fiyat politikası var atıyorum on beş bin tl üstü cihazları onlar da kendi üst kurullarında görüşüyorlar. Ama on beş bin tl altındaki cihazları mevcut hastanelerimiz alabiliyor. Bu izin süreçleri 25 günü bulabiliyor. Ben şahsen bu iki cihaz için 25 gün sonra ihaleye çıkabildim. Cihazın bana gelmesi bir buçuk ayı buldu. Burada kamu ihale kanununa göre hareket etmek durumundayız.

Betimsel Analiz;

4e. Bilgi ve bilgi birikimi; etkili kararlar verilebilmesine destek olacak ve kurumsal yetenekleri geliştirecek biçimde yönetilir.

Kurum liderleri yönetici ekranlarından her an performans göstergelerini inceleyebiliyorlar. Bu konuda bir teknolojik alt yapı mevcuttur. Ancak verilerin çok fazla olması doğru ve gerekli bilgiyi almada zorluklar yaşanmasına sebep olduğu ifade edilmiştir. İlgili paydaşların katkılarının alındığı toplantılar İl Sağlık Müdürlüğü,

Kamu Birliği yetkilileri, bölgedeki diğer hastane yöneticileri ile yapılmakta ve yeni fikirler yaratmak ve yenileşimi geliştirmek amacıyla yapılmaktadır. Çalışan ve dış kullanıcıların uygun bilgi ve bilgi birikimine erişimini web sitesi ile sağlamaktadır. Kurum içinde de çalışanların yetkileri doğrultusunda bilgiye erişim sağlanmaktadır. Yaratıcılık ve yenileşim kültürünün işbirliği ağları oluşturularak sağlandığına dair sınırlı kanıtlar mevcuttur. Kurum içinde ve kurum dışında üst kurullarla yapılan toplantılar, sağlık kongreleri buna örnektir.

Özet Tablolar;

Tablo 28. OM- İşbirlikleri ve Kaynaklar Kriterlerinin Karşılama Düzeyi

İŞBİRLİKLERİ VE KAYNAKLAR	Alt Kriterler	Özellikler	Görülmemekte	Kısmen G örülmemekte	Görülmemekte
	4a	Kuruluş dışı iş birlikler		X	
	4b	Finans			X
	4c	Bina, donanım, malzeme, doğal kaynaklar			X
	4d	Teknoloji yönetimi		X	
	4e	Bilgi ve bilgi birikimi			X

Tablo 29. ES- İşbirlikleri ve Kaynaklar Kriterlerinin Karşılama Düzeyi

İŞBİRLİKLERİ VE KAYNAKLAR	Alt Kriterler	Özellikler	Görülmemekte	Kısmen Gö rülmemekte	Görülmemekte
	4a	Kuruluş dışı iş birlikler		X	
	4b	Finans			X
	4c	Bina, donanım, malzeme, doğal kaynaklar			X
	4d	Teknoloji		X	
	4e	Bilgi ve bilgi birikimi			X

Tablo 30. SÇ- İşbirlikleri ve Kaynaklar Kriterlerinin Karşılama Düzeyi

İŞBİRLİKLERİ VE KAYNAKLAR	Alt Kriterler	Özellikler	Görülmemekte	Kısmen Görülmemekte	Görülmemekte
	4a	Kuruluş dışı iş birlikler		X	
	4b	Finans			X
	4c	Bina, donanım, malzeme, doğal kaynaklar			X
	4d	Teknoloji yönetimi		X	
	4e	Bilgi ve bilgi birikimi			X

5. ANA SORU

SÜREÇLER, ÜRÜNLER, HİZMETLER

Görüşme formunda yer alan tanım yapıldıktan sonra katılımcıların tanıma kurumları adına katıldıkları yönünde olumlu geri dönüşleri alındıktan sonra konuyu derinleştirmek adına alt sorulara geçilmiştir.

Alt Sorular:

5a. Süreçler paydaşlara en uygun değeri sağlamak amacıyla tasarlanır ve yönetilir.

OM cevapları aşağıdaki gibidir;

Kalite Direktörü:

“SKS bakış açısıyla söylüyorum. Bizde bütün yapılan faaliyetlerin bir prosedürü, talimatı, işleyişi vardır. Bazı alanlarda hem prosedür hem ilişkili talimatlar vardır. Bunlar intranette yayınlanmış durumda ve herkesin erişimine açıktır. Her birimin de bir işleyiş prosedürü vardır. Bu şu demek “ben bu birime yeni başladım ve işleyişin hızlı olması gerekiyor bana anlatılan bir bilgi var ama ben bir şey bilmiyorsa da o işleyişi açıp ilgili prosedürünü okuyarak bununla ilgili bilgi sahibi olabilirim.” Ve bu da sürecin işleyişi açısından çok önemli oluyor. Bazı işler için işlem basamaklarını içeren algoritmalarımız var. Bu çok önemli. Sağlık hizmeti sunulan alanlarda hastalar için, sağlık hizmeti sunulmayan alanlarda yönetimin taleplerini karşılayabilmek için, satın alma süreçleri için ,personel yönetimi için, hepsi için, her şey için tanımlanmış prosedürlerimiz var. Buna yönelik hareket ediyoruz. Buda uçtan uca süreçlerin kesintisiz yürütülmesini ve yönetilmesini sağlamış oluyor. Örneğin yoğun bakımdaki hastayı kliniğe çıkaracaksınız

kliniğe çıkarma ile ilgili sürecin talimatı vardır. Temel süreçlerin etkililiği ve verimliliğinin değerlendirilmesine yönelik de bir takım çalışmalar yapılıyor. Örnek verecek olursak SKS bası ülserlerinin değerlendirilmesini istiyor. Biz bunun için kullandığımız talimata baktığımızda SKS'nin istediği kriterleri karşılamadığını gördük bunun üzerine ilgili branşlarla toplantı yaptık ve kullandığımız ölçek yetersiz olduğu için tekrar bir ölçek geliştirdik. Bakanlığın sunduğu ölçeklerden farklı olarak bir ölçek seçtik ve bunu kullanıyoruz. Talimatımızı da buna göre revize ettik. İşlemeyen bir nokta olduğunda bizzat alandaki çalışanlarımız bize dönüyor zaten. Mesela “düşme riski ölçeği olarak kullandığımız ölçek benim hastalarım için yetersiz, bunu kullanırsak daha iyi olacak” diye dönen çalışanlarımız oldu. Hastayı çalışanımız daha iyi bildiği için biz de talebini karşılayıp güncellemesini yapıyoruz. Bu anlamda esneğiz. Her şey süreç içinde değişebilir, güncellenebilir. Bu talep bizden gidebildiği gibi çalışanlardan da bize gelebilir.” “

Strateji Müdürü:

“Şöyle ki biz yeni bir tıp dergisi yönetiyoruz. Bu dergi de bizim yüzümüz oldu. Prestij anlamında çok önemsiyoruz. Aslında baktığınızda çok kıymetli bir kadromuz var ve bu kadroya her yerde ulaşmak çok da mümkün değil. 24 profesör 40ı geçkin doçent kadrosuna sahip bir dergi. Bu açıdan bir değer yaratmak çerçevesinde çok anlamlı bir hizmet olduğunu düşünüyoruz. Bu sayede paydaşlarımıza en iyi hizmetin sunulması akademik bir faaliyet olarak da bu dergi ile çok değerli hekim kadromuzun önderliğinde desteklenmiş oluyor. Bu dergi hem hasta açısından bir değer hem de çalışan motivasyonu açısından bir değer. Bizim temel amacımız her gelen hastanın şifa ile taburculuğunu sağlamak esasında. Temel amacımız hastaya hizmet, süreçlerimiz de bu açıdan hasta odaklı oluyor. “

ES cevapları aşağıdaki gibidir;

5a. Süreçler paydaşlara en uygun değeri sağlamak amacıyla tasarlanır ve yönetilir.

Kalite Direktörü:

“Zaten SKS de süreç bazında bir boyutlama var. Laboratuvar süreci, yoğun bakım süreci, hasta bakım süreci gibi. Dolayısıyla bunların hepsinin bizde prosedür anlamında bir girişinden tutun çıkışına kadar anlatıldığı, süreçlerin yazıldığı dokümanlar mevcut. Tabii destek süreçleri de var ki tedarik süreçlerini örnek gösterebiliriz. Tabii bunların kontrollerini sağlamak ne kadar mümkün dersek belli dönemlerde analizlerini yapıyoruz. Bir birimin bile kendi içerisinde otuz kırk tane ölçütü olabiliyor. SKS kapsamında da göstergeleri var. Örneğin SKS ameliyathaneden geri dönen hastayı sorguluyor. Ameliyathane taraf cerrahisi işaretlemesi yapılan hasta sayısı gibi göstergeleri var. Bizde dokümanlarımızı bunlara göre hazırlıyoruz, SKS burada bir ışık oluyor aslında. Örneğin SKS ameliyathaneye girişi tanımlayan bir süreç tanımlayın diyor bizde o yazılı dokümanı oluşturuyoruz.”

Prob (sonda) soru: SKS de opsiyonel ve çekirdek uygulamalar var. Süreç bazında bunu nasıl değerlendiriyorsunuz?

“Aslında SKS önce kendinizi ve hastayı koruyun diye bir uyarı yapıyor. Zaten çekirdek olanlar SKS demese de alanın yaptıkları ama SKS bunları kontrol edin deyince daha da dikkatle yapılıyor. Örneğin ameliyathanelerde yapılan taraf cerrahisi uygulaması SKS den önce de vardı ama bu şekilde daha standartlaşıyor ve bir nevi hem kurumu hem hastayı da koruyor. Opsiyoneller sağlık hizmetlerinde çok fazla yok. Çünkü yapıp yapmamak hastayı direk etkiliyor.

Sağlık Hizmetleri Müdürü:

5a kriteri görüşme formunda yer alan alternatif soru ile derinleştirilmiştir.

“Süreçlerimizi çeşitli hizmet birimlerine ayırabiliriz. Ameliyathane süreci, Acil birimi süreci, yataklı bakım süreci, servislerin süreci gibi. Bunları da alt kırılımlara ayırabiliriz. Temin, Satın alma süreci gibi. Ve bu temel süreçleri destekleyen depo, eczane gibi süreçleri de sayabiliriz. Tüm bu süreçleri tasarlayıp kurmak “Yataklı Tedavi Kurumları Yönetmeliği” ne göre yapıyoruz. Bir eczane bir yemekhane hepsi buna göre çalışıyor, SKS ‘ de bunu destekliyor. Oradaki hizmetin kalitesini destekliyor. Bununla birlikte temel ihtiyaçlar da dikkate alınarak süreçler planlanıyor. Örneğin “Palyatif Tedavi Merkezi” bir ihtiyaçtan doğmuştur. Dahiliye servislerinde, yoğun bakımda yatan hastaların aslında bakıma muhtaç hastalar olduğunu gördük ve bu ihtiyacı karşılamak için “Palyatif Tedavi Merkezi’ni kurduk ve gördük ki çevrenin de buna ihtiyacı varmış. Öte yandan biz Alibey Köy Polikliniğimize de diyaliz ünitesi kurmak istedik ama bu bölgede yeteri kadar diyaliz merkezi olduğunu gördük bu yüzden vazgeçtik. Bu tarz süreçleri biz stratejik planda belirliyoruz, diyaliz hizmeti vermek diyoruz ama araştırma yaptığımızda bunu geri çekebiliyoruz. Bunun üzerine TRSM’ye bölgenin daha çok ihtiyacı olduğunu tespit ettik ve buna yöneldik. Özetleyecek olursak süreçlerin planlamasının bşr kısmı “Yataklı Tedavi Bakım Yönetmeliği ile bir kısmı bölgenin ihtiyaçlarına göre planlanıyor. Bunun dışında hastanenin mali durumu da belirleyici oluyor. Bir dönem fizik tedavi geliri yüksek bir alandı biz de o yüzden açtık ancak şimdi çok kazandıran bir alan değil. İhtiyaçlar kısaca bu şekilde belirleniyor. Süreçleri yönetirken de birim sorumluları çok önemli. Her birimin bir sorumlusu var. Öncelikle sorumlularla başlıyoruz, şunlar yapılmak isteniyor diye onlar da çalışanlarıyla bunu uygun bir çalışma yapıyorlar. SKS kapsamında da çalışmalarımız böyle oluyor. Sorumlularla birlikte süreçleri takip ediyoruz. Biz sorumlularla sorumlular da kendi ekipleriyle görüşmeler yaparak süreci birlikte yönetiyoruz. Temel süreçlerin etkililiğini değerlendirirken de yemekhane, çamaşırhane, görüntüleme merkezlerinden aldığımız hizmetlerin bir “Hizmet Değerlendirme Formu” var. Onun üzerinden göstergelere göre değerlendirme yapabiliyoruz. Eskiden taşeronken temizlik, güvenlik gibi tüm aldığımız hizmetler için vardı ama şimdi onlar kadrolu olduğu için onları artık değerlendirmiyoruz. Onun dışında yatak doluluk oranları ile servisin etkinliğini ölçebiliyoruz, yoğun bakım mortalite oranlarını yoğun bakım performansını ölçmede kullanıyoruz, ameliyathanede A Grubu ameliyat yapılma oranını hesaplayarak performans

ölçümü yapabiliyoruz. Bu şekilde birkaç yeri ölçebiliyoruz ama tüm süreçlerin hepsine bakabiliyor musunuz dersiniz bunu yapamıyoruz. Göstergeler tüm alanı ölçmüyor ama bunun için de hali hazırda alt yapının güçlenmesi gerekir. Şu anda kullanılan HBYS'den bir sonuç almak için günlerce bekliyoruz. O sistemin alt yapısı olmadan göstergeleri tüm alana yaygınlaştırmak da çözüm olmayacaktır. Verimlilik Kriterlerinde de bir çok gösterge var ama dediğimiz gibi sonuçları hemen alamıyoruz. Verimlilik kriterleri de tüm süreçleri ölçmüyor. Manuel yapılan işlemlerimiz var, onlar sisteme girmediğinden ölçümü de yapılamıyor. Tüm bunlar zamanla oturacaktır diye düşünüyorum. Eskiden bu tarz göstergelere hiç bakılmıyordu şimdi en azından bir randevu süresi bilinci oluştu.”

SÇ cevapları aşağıdaki gibidir;

Kalite Direktörü:

5a. Süreçler paydaşlara en uygun değeri sağlamak amacıyla tasarlanır ve yönetilir.

“SKS de bu başlık var. Kurumsal boyutta süreçlerin ve performansın değerlendirilmesi yönünde standartlar var ama bu da opsiyonel durumda.”

Prob (sonda) soru: Opsiyonel standartlarla ilgili nasıl bir yaklaşımınız var, bunun SKS denetimlerine etkisi nasıl oluyor?

“Tam olarak hatırlayamıyorum ama 80 ya da 85 puan itibariyle puanınızı yükseltmek için opsiyonel standartları uyguladıysanız bunu sunabilirsiniz. Zaten denetimde de opsiyonel standartların uygulanıp uygulanmadığı soruluyor. Örneğin biz bu denetimde opsiyonel standart sunduk. Sosyal sorumluluk projemiz olup olmadığı soruldu onu sunduk, diyabet okulumuz vardı onu sunduk bir de bizim kurumsal stratejilerin belirlenmesiyle alakalı standardı da sunduk. Toplamda üç tane opsiyonel standart sunmuş olduk ama puan yükseltme anlamında kullanılmalarına gerek kalmadı, zaten iyi bir denetim geçirdik ve çok iyi bir puan aldık.”

Prob (sonda) soru: Kurumunuzda süreç tasarımı nasıl işliyor?

“Her işin bir talimatı prosedürü ve sorumlusu var. Tebliğler vasıtasıyla gerekli duyurular yapılıyor, eğitimler veriliyor ve yetkelendirmeler yapılıyor. Yetki devri ile planlamalar yapılırken çalışanların görüş ve önerileri alınıyor. Süreçlerimizi belirli periyodlarla kontrol ediyoruz. Bunun için toplantılar yapıyoruz. Aksayan durumlar için de SKS de “Düzeltilici Önleyici Faaliyet” uygulaması var. Her sorun için DÖF açılıyor. Bunların da komiteleri oluyor ve sonuçlandırılması takip ediliyor. En son bina turumuzda fiziki şartlarla alakalı sorun tespit ettik. Bunu da rapor olarak Tesis Güvenliği Komitesi'ne sunduk ve DÖF açtık. Bizde Kalite Direktörü olarak DÖF'ün ne aşamada olduğunun takibini yapıyoruz ve termin sürelerine göre sonuçlanıp sonuçlanmadığını denetliyoruz. Eğer belirlenen sürede tamamlanamamışsa tutanak tutuluyor. SKS'de DÖF sonuçlandırma oranı var. Dolayısıyla bunlar

puanı direk etkilediğinden önemle üzerinde duruluyor. Biz ayrıca DÖF'leri meslek grubuna göre de kırımlandırıyoruz ve hangi meslek grubu neler yapmış bunları görebiliyoruz.”

Betimsel Analiz;

5a. Süreçler paydaşlara en uygun değeri sağlamak amacıyla tasarlanır ve yönetilir.

Kurumlarda her türlü hizmet için süreçler, süreçlerin ilgilisi, iyileştirme faaliyetleri standardize edilmiştir. Bu açıdan kurumun da bu süreçlerin yürütülmesini sağladığı açıkça görülmektedir. Bununla birlikte süreç yönetimine yönelik eğitimlerin sağlanması, bu eğitimlerin yaygınlaştırılması gibi unsurların henüz değerlendirilmediği, ayrıca süreç yönetimine yaklaşım konusunda sektörün diğer rakip kurumlarıyla bir kıyaslama yapmadığı görülmektedir.

5b. Ürün ve hizmetler müşterilere en uygun değeri yaratmak amacıyla geliştirilir.

OM cevapları aşağıdaki gibidir;

Kalite Direktörü

“Biz şu anda hastalarımıza daha iyi hizmet verebilmek için yeni binaya geçme çalışmalarımızı sürdürüyoruz. Bunun yansıra dijital hastane olmak için de girişimlerimiz var. Bunun yanı sıra kullanılan cihazın daha yeni teknolojisi geliştirilmiş ise kurum onu da almak için çaba içerisine girer. Mesela robotik cerrahi hizmetimiz var. Laparoskopik ameliyatlara ilgili sistemler geliştirildi. Onkolojik vakalarda intraoperatif girişimler yapılıyor ki bu da çok önemli bunların hepsi tamamen hastaların ihtiyacına yönelik geliştirilen hizmetler. Örneğin onkoloji servisimiz ihtiyaç olduğu için açıldı ve içinde verilen hizmetlerde bu ihtiyacı en iyi şekilde karşılamak için, hastaların talepleri de dikkate alınarak sunuluyor. Biz onkolojik anlamda iyi düzeyde hizmet veren bir kurumuz diyebilirim. Her branş için tabii ki bunu söylemek mümkün değil.”

Strateji Müdürü:

“Bizim temel amacımız her gelen hastanın şifa ile taburculuğunu sağlamak esasında. Temel amacımız hastaya hizmet, süreçlerimiz de bu açıdan hasta odaklı oluyor. Aslına bakarsanız çok az şey dışında personel için çok yapabileceğimiz ek bir şey olmuyor. Tüm çaba hastalar için veriliyor. Tıp dergisi daha çok hastane prestiji ve personelimizin memnuniyeti için. Bu örnek dışında direk olarak çalışan için yaptığımız çok büyük şeyler olmuyor.

Çabamızın çok büyük kısmı hastalar için oluyor. Personelin gelişimi de çok önemli bir çaba ama yüzdeye vurursanız hasta her şeyden öncelikli.”

ES cevapları aşağıdaki gibidir;

5b. Ürün ve hizmetler müşterilere en uygun değeri yaratmak amacıyla geliştirilir.

Kalite Direktörü:

“SKS buna çok katkı sağladı. Mesela kayıtlar daha önce bu kadar dikkate alınmazken sks ile yasal zorunluluk oldu. Artık her bilgi kaydediliyor. Bu da kişinin kendini savunma mekanizması hem de işini yaptığının bir göstergesi sonuçta. Örneğin ağrı skalası, hastanın risk skorlaması, nutrisyonel kayıt skalası alana SKS ile geldi ve çok katkı sağladı. SKS ile çok kayıt yapıyormuşuz gibi görünüyor ama bunun hem alana işlerin geliştirilmesine, hem de çalışana katkısı var ve bu görüş giderek oturuyor. Şu anda her işlem için ayrı onam alıyoruz, kimlik bilekliği olmadan hastayı hiçbir yere götüremiyorsunuz. Bu tür uygulamalar da gerek hastanın gerek çalışanın her türlü riskini azalttı.”

Sağlık Hizmetleri Birimi:

“Öncelikle binamızdan başlamak isterim. Binamız yenilendi ve her bina birbirine bağlı durumda, bir labirent etkisi bazen yaratabiliyor ama hastalar sürekli geldikleri için neyin nerede olduğunu biliyorlar. Bununla birlikte yönlendirme levhalarını bol miktarda kullanıyoruz. Hizmetlerin geliştirilmesinde de yine hastaların ihtiyaçlarını dikkate alıyoruz. Yeni kurulan Palyatif Merkezimiz için Okmeydanı ve Belediyelerle de işbirliği içindeyiz. Onların da hasta göndermelerini istiyoruz. Verdiğimiz hizmetin tanıtımını bir çok paydaşımızla birlikte yapabiliyoruz. Bu süreçleri yaparken çevrenin analizini yaparak, hastaların taleplerini değerlendirerek yapıyoruz. Biz hizmeti yönetirken mevzuatlar ve yönetmeliklerle hareket ediyoruz. Bunun dışına çıkmamız çok mümkün olamıyor.”

SÇ cevapları aşağıdaki gibidir;

Kalite Direktörü:

5b. Ürün ve hizmetler müşterilere en uygun değeri yaratmak amacıyla geliştirilir.

“SKS’nin amacı bu zaten, tanımında da bu var. Biz hastalarımıza en uygun değeri yaratmak amacıyla verdiğimiz hizmet ölçülerine göre hareket ediyoruz. Çok pahalı teknolojik yatırımlar bizim için gereksiz olacağından biz daha çok ayaktan tedaviyi zenginleştirecek yatırımlar yapıyoruz. Yukarıda da bahsettiğim gibi görme alanı, eforlu ekg gibi cihazlar alıyoruz. Ayrıca hizmet

sunumunda da memnuniyetimiz yüksek. Ürün ve hizmet portföyünü zenginleştirmek amacıyla da bunu yaptığımızı söyleyebiliriz. Örneğin görme alanı tetkikini yapamadığımız için göz muayenesine gelen hastalar başka kurumları gitmek durumunda kaldıkları için şikayetlerini dile getiriyorlardı ve biz de buna istinaden görme alanı cihazını aldık. Yine diyetisyene gelen hastalarımızın memnuniyetini sağlamak için bir “Tanita” diye bir tartı alındı. Bu cihaz da bizim için uygundu ve hemen alındı. Yönetim de bu konuda hızlı şekilde karar alıyor”.

Betimsel Analiz;

5b. Ürün ve hizmetler müşterilere en uygun değeri yaratmak amacıyla geliştirilir.

Kurumlarda gerek hizmet sunumu gerek çözüm sunumu geliştirilmesine, tasarımına yönelik yeni yaklaşımlar için öneri ve şikayetler rutin olarak değerlendirilmekte ve hizmeti geliştirme ve iyileştirme çalışmaları yapılmaktadır.

5c. Ürün ve hizmetler etkin bir biçimde tanıtılır ve pazarlanır.

OM cevapları aşağıdaki gibidir;

Kalite Direktörü:

“Hastaların birbirleriyle iletişim ağı çok güçlü zaten, onlar birbirlerine çok hızlı bir şekilde duyuruyorlar. Şaka bir yana hastane içinde broşür, afiş kullanılıyor tanıtım için web sayfamızdan duyurularımızı yapıyoruz. “

Strateji Müdürü:

“Şöyle ki özellikle hizmetlerin tanıtımını mutlaka yapıyoruz. Gerek resmi yazılarla ilgili makamlara iletmek suretiyle gerek diğer kanallar vasıtasıyla. Bakanlık bize destek versin diye de bir işbirliğimiz oluyor. Hastalarımızın ihtiyaçları doğrultusunda da gerekli hizmetlerin verilmesine yönelik girişimlerimiz olabiliyor. Onkoloji servisinin açılması buna bir örnek.

Bunun yanı sıra hizmet sunumunu gerçekleştirirken yeni binamızda ulaşılabilirlik açısından çok iyi bir konumdayız. E5’in üzerindeyiz. Ve ana giriş kapılarımız yine E5’ten toplu taşıma araçları kullanarak gelecek hastalarımız için tasarlanmış durumda. Bir de arka kapısı olacak ki bu giriş de özel araçları ile gelecek hastalar için daha uygun olabilecek durumda. Bu binanın tanıtımı da bu özellikleri dikkate alınarak yapılacaktır. “

ES cevapları aşağıdaki gibidir;

5c. Ürün ve hizmetler etkin bir biçimde tanıtılır ve pazarlanır.

Kalite Direktörü:

“Web sitesinde her türlü yeniliği yayınlıyoruz. Buradan aynı zamanda çalışanların da bilgilendirilmesi sağlanıyor. Örneğin kanser farkındalık günleri olabiliyor. Onlarla ilgili görseller, bilgiler var. Sitede olması gerekenlerde standart, SKS de bunların tanımları mevcut. Anlaşmalı kurumlardan tutun öneri şikayetlerin bildirim alanlarına kadar hepsi tanımlı.

Sağlık Hizmetleri Müdürü:

Biz webde tanıtım yapıyoruz. Bazen Kalite Kongrelerinde stant açıyoruz, yaptığımız hizmetleri orada tanıtıyoruz. Bazen Eyüp Meydanı’nda sağlıkla ilgili çadırlar kurup hizmetlerimizi oralarda da tanıtıyoruz ama bizim çok fazla reklama ihtiyacımız olmuyor, sonuçta hasta mecbur kalıyor, bize geliyor. Doktorlarımızın eski oluşu hastalarımızda alışkanlık yaratıyor. Bu da bizim tercih edilmemiz için bir avantaj sağlıyor. Prestij amaçlı da Kalite puanımızı web sitemizde yayınlıyoruz. Webden araştırıp da geliyorlar. Açıkçası burada çalışana dayalı bir hasta sürekliliği oluyor. Eğer hasta çalışanı sevdiyse sürekli geliyor. Bizim de hastalarımızın büyük kısmı sürekli hastalarımız.

SÇ cevapları aşağıdaki gibidir;

5c. Ürün ve hizmetler etkin bir biçimde tanıtılır ve pazarlanır.

Kalite Direktörü:

“Bunun için genelde web sitemizi kullanıyoruz. Mesela kemik yoğunluğu cihazımızı en son teknolojik cihaz olarak aldığımızı duyurduk. Bizim hastalarımızın sosyoekonomik düzeyi yüksek, eğitim seviyeleri de yüksek o nedenle bir şikayet ve talepleri olduğunda mutlaka bildirim yaparlar ve bizde bu bildirimleri en hızlı şekilde değerlendiririz. Bize medyatik insanlar da geliyor. Onların da bir takım talepleri olabiliyor ve onları da mutlaka dikkate alıyoruz. Bu konuda da süreklilik sağladığımızı gayet net olarak söyleyebiliriz. Bizim devamlı olarak gelen sosyokültürel düzeyi yüksek hastalarımız var ve aldıkları hizmetten memnun oldukları için de gelmeye devam ediyorlar. Bizim hastalarımız diğer hastanelerden daha farklı diyebiliriz ama biz bu süreci iyi yönettiğimizi gelen teşekkürlerden memnuniyet anketlerinden anlayabiliyoruz.”

Betimsel Analiz;

5c. Ürün ve hizmetler etkin bir biçimde tanıtılır ve pazarlanır.

Bu konuda kurumlarda çeşitli iletişim kanalları mevcut ve potansiyel müşterilerin ihtiyaç, beklenti ve istekleri dikkate alınacak şekilde gerçekleştirilmektedir. Gerek özellikle hizmetlerin tanıtımının yapılması gerek mevcut hizmetleri tanıtmak amacıyla Sağlık Bakanlığı'ndan destek alınmakla birlikte afiş, internet sitesinden duyuru gibi kanalların etkin biçimde kullanıldığı görülmektedir.

5d. Ürün ve hizmetler üretilir, sunulur, yürütülür.

OM cevapları aşağıdaki gibidir;

Kalite Direktörü:

“Bu konuya değindiğimizi düşünüyorum. Yukarıda belirttiğim halinden çok bir katkı olamayacak.”

Strateji Müdürü:

“Gelen hasta popülasyonuna göre geliştirilecek alanları seçiyoruz ve buna göre bir planlama yapıyoruz. Örneğin hematoloji servisimiz var ama bu alan Türkiye açısından özellikle yetişkin yatağı bulunması açısından sıkıntılıdır. Çünkü yaygın olarak yetişkinler için hematoloji yatağı bulunmayabilir. Şu anda bizim hastanemizde de buna ihtiyaç var ve yatak sayımızı nasıl arttırabileceğimize yönelik bir toplantımız oldu. Bunun üzerinde çalışıyoruz. Yatak bazında önceliğimiz ihtiyaç olduğu için hematoloji servisi olmuş durumda. Biz aslında bu yönde gelen taleplere göre hareket ediyoruz. Zaten hastalar var olduğu sürece onların yaşadığı sıkıntılar ne ise o bizim önceliğimiz oluyor. Mevcut hasta popülasyonumuzun durumuna göre şekillendiriyoruz kendimizi. Bu hekim kadrosu olarak da çok değerli bir bölüm ve yaygın olduğu söylenemez. Bu açıdan hekimlerin de elde tutulması çok önemli, onların ihtiyaçlarını karşılamak, iyi hizmet sunmaları için gerekli desteği vermek bizim için önemli, çünkü hastalarımızın bu hizmete ihtiyacı var. Bu memnuniyeti sağlamak için iş yükü analizini iyi yapmak durumundayız. Burada tabii memnuniyet demişken çok önemli bir konu da bir kamu hastanesinde maalesef nerdeyse her gün yaşadığımız beyaz kod durumu var. Bunların önüne geçmek için çalışan güvenliğini sağlamak için her kata güvenlik koymak durumundayız. Bu tür durumlar maalesef hasta popülasyonu ile alakalı. Bir özel hastaneye kıyasla beyaz kod verilme durumu kamu hastanelerinde çok daha fazladır diye düşünüyorum. Bu da süreçlerimizi yönetmede bizi çok zor durumda bırakan bir faktör. Özellikle çalışan memnuniyeti açısından zaten çok kısıtlı imkanlarımız var üstüne bir de beyaz kod vakalarının yaşanması gerçekten kamu hastanelerinin bir gerçeği. Biz tüm bunların yanında bu kadar hızlı gelişen bir teknolojiye bir kamu kurumu

olarak gelişen ve değişen sağlık hizmetlerine ayak uydurmaya çalışıyoruz ama bunu yaparken de kısıtlı bir bütçemiz ve uymamız gereken prosedürler var. Hekimlerimiz her ne kadar son teknoloji cihazlarla çalışmak istese de bizim elimizde bulunan cihazın bir ömrü var ve onun miyadını tamamlaması gerekiyor. Bu alımın yolu hasta sayısının artıp ikinci cihazın alınabilmesi ki burada son teknolojik cihaz alımı mümkün olabilir. Onun dışında elimizdeki cihazların kullanım süresini beklemek durumundayız. Tabii bu durum sadece kamu için değil özel için de böyle olduğunu düşünüyorum. Her cihazın yenisi çıktığında bir üst modele geçmek çok da geçerli olmayabiliyor. “

Prob (sonda) soru: Hekimlerinizin turn-over durumunu ölçüyor musunuz durumunuz nedir ?

“Bir dönem çok istifalar oluyordu, hatta eğitim hastanesi olma kriterini karşılayamama noktasına gelmiştik. Ama Sağlık Bakanlığı’nın değişen politikaları ile özellikle 2011 den sonra hekimlerimiz kamuda kalmaya, kamuya dönmeye başladılar. Tabii burada maddi imkanların artması, eğitim, cihaz desteğinin sağlanması çok önemli bir motivasyon aracı oldu diyebiliriz. Şimdi hekim kadrosu açısından gayet iyi durumdayız. “

Prob (sonda) soru: Ürün ve hizmetin sunum performansını uygun kuruluş sonuçlarıyla karşılaştırır ve müşterileri için yaratılan değeri en üst düzeye çıkarmak üzere güçlü yönlerini anlar. Bunu nasıl değerlendirirsiniz?

“Tabii karşılaştırmayı yapmak durumundayız. Ayrıca Bakanlık da bu karşılaştırmaları yapıyor. Şöyle bir süreç oluyor, bir çalışma yapacağımız zaman denk olan bir iki hastaneden rakamlarını yasal yollardan istiyoruz. Örneğin biz Kartal Eğitim ve Araştırma hastanesi ile yatak sayısı olarak, onkolojik hizmetler olarak denk hastaneleriz, bazı alanlarda da Şişli Etfal ile denk kabul ediyoruz. Onlar bir çalışma yaptığında bizim verilerimize bakarlar, biz de bir çalışma yapacağımız zaman onların verilerine bakarız.”

ES cevapları aşağıdaki gibidir;

Konuyu derinleştirebilmek adına görüşme formunda yer alan alternatif soru da sorulmuştur.

5d. Ürün ve hizmetler üretilir, sunulur ve yönetilir.

Kalite Direktörü:

“Bunlarla ilgili hasta anketlerimiz var. Ayaktan, acil ve yatan hasta olmak üzere. Her ay anketleri uygulayıp öneri şikayetleri doğrultusunda DÖF açıyoruz. Bunların sonuçlarıyla ilgili de hastalara dönüş yapılıyor. Şikayetler fiziksel olmadığı sürece çabuk çözüyoruz ama onun dışındakileri çözmek zaman alıyor. Bizim binamızda da güçlendirme çalışmaları yapıldı, yeni değil ama B blokta bir güçlendirme çalışması oldu. Bazen hastalardan odaların yenilenmesi ile ilgili şikayet geliyor ama buna bir şey yapamıyoruz.”

Sağlık Hizmetleri Müdürü:

“Biz bu konuda hastalarımıza destek veriyoruz, rutin olarak sağladığımız hizmetlerimizin yanı sıra hastalarımıza kolaylıklar da sağlıyoruz. Örneğin hasta memleketine gitmek durumunda ise Belediye ile anlaşıp araç kiralyoruz. Bazen yoğun bakımda hastası olan refakatçilerimizin kalacak yerleri olmuyor, yine belediye ile anlaşıp onlara otel sağlıyoruz. Bu tarz ufak tefek aslında o hasta için çok önemli olan, görünmeyen şeyler yapıyoruz. Palyatifte son aşamada olan hastalarımızın son istekleri olabiliyor örneğin evlenmek isteyen hastalarımız olabiliyor, gelinlik giydirip nikah töreni düzenleyebiliyoruz. Böyle birkaç basında da yer aldık. Bu tarz hizmetler için belediyelerden, kamu kurumlarından, sivil toplum kuruluşlarından destek alıyoruz. Şu anda en çok gereksinim ambulans hizmeti verdiğimiz hastalarımızda oluyor. Hastasını ambulansla getirmiş oluyor ancak eve götüremiyor. Bu konuda desteğimiz oluyor. Çevreye olan sorumluluğumuz gereği de hizmetler alıyoruz. Tıbbi atıklarımızı İstaç alıyor, diğer atıklarımızı anlaşma yaptığımız kurum alıyor. Burada belediye desteği alıyoruz. Tüm bu süreçler kayıt altında ve güvenli bir şekilde yapılıyor. SKS’de de tıbbi atık hizmetinin güzel bir kapsamı var. Hizmetlerin performansına ilişkin birkaç alanda karşılaştırma yapabiliyoruz. Örneğin enfeksiyon sonuçlarımızı karşılaştırıyoruz. Yine birlik içerisinde 11 hastanenin durumunu karşılaştırıyoruz. Doğum oranları, sezaryen oranları gibi sonuçlara bakıyoruz. Verimlilik kriterlerinde tüm Türkiye’yi bazı alanlar için görebiliyoruz ama daha tam olarak oturmadı. Örneğin bir hemşireye kaç hasta düşüyor. Yoğun bakımdaki hemşire-hasta oranı gibi. Bizim giremediğimiz veriler var, onların veremedikleri var. Bunlar zamanla gelişecektir. Karşılaştırma gerekli bir şey bence.”

SC cevapları aşağıdaki gibidir;

5d. Ürün ve hizmetler üretilir, sunulur ve yönetilir.

Kalite Direktörü:

“Biz bunun için stratejik amaç ve hedeflerimizi belirlediğimiz bir yazılı plan çıkardık ve yönetim toplantılarımızda bu süreçlerin üzerinden geçiyoruz. Gerçekleşenleri, gerçekleşmeyenleri tek tek değerlendiriyoruz. Swot analizimizi yaptık. Biz altı aylık hedefler koyduk ve bunların değerlendirilmesini de yine bölüm sorumlularının da katılımıyla yapacağımızı ayrıca karar defterimize de yazdık. Biz bu hedefleri aynı zamanda birim sorumlularıyla da takip ediyoruz. Bu konuda onların da sorumluluğu var. Hedef tutturma oranları gibi sonuçları birlikte takip ediyoruz. Burada şunu vurgulamak istiyorum ki biz Kalite Direktörü olarak kurumsal bir hedef belirlerken bu hedefi birim sorumlularımızı da işin içine katarak takip ediyoruz. Bu durum her yerde olmayabiliyor. Biz bu hedefleri belirlerken bir önceki yılın analiz sonuçlarına göre belirliyoruz. Biz hastane olarak tek konumda olduğumuzdan bir kıyaslama yapmamız mümkün olmuyor. Bu nedenle kendi analizlerimizi dikkate alıyoruz.”

Betimsel Analiz;

5d. Ürün ve hizmetler üretilir, sunulur ve yönetilir.

Hizmetlerin sunumu ve yönetilmesine yönelik temel süreçlerin etkin biçimde yürütüldüğü görülmektedir. Örneğin hasta güvenliği ve çalışan güvenliğine yönelik komiteler mevcuttur. Etkili hizmet sunumu çeşitli parametrelerle takip edilmekte ve iyileştirme çalışmaları yapılmaktadır. Bu çalışmaların rutin olarak yapıldığı görülmektedir. Temel süreçlerin yönetilmesi amacıyla kurulmuş komitelere bakacak olursak; Hasta Güvenliği, İş sağlığı güvenliği ve Çalışan güvenliği, Eğitim, Tesis Güvenliği, Enfeksiyon Kontrol Komitesi, Sterilizasyon ve Dezenfeksiyon komitesi, Transfüzyon, Hasta Görüş ve Öneri Değerlendirme Ekibi, Çalışan Görüş ve Öneri Değerlendirme ekibi Komiteleri mevcuttur.

5e. Müşteri ilişkileri yönetilir ve geliştirilir.

OM cevapları aşağıdaki gibidir;

Kalite Direktörü:

“Bunun için memnuniyet anketleri, öneri ve şikayet kutuları gibi uygulamalarımız var. Hizmet alımına yönelik olarak ise bilgilendirme yapmak zaten sağlık hizmetlerinin çalışma zorunluluğu arasındadır. Bunun için bilgilendirilmiş onam formlarımız var. Özellikle cerrahi işlemlerde “

Strateji Müdürü

“Bununla ilgili hasta hakları birimi, çalışan güvenliği ve çalışan hakları birimi var. SKS kapsamında bunların analizleri yapılıyor. “

ES cevapları aşağıdaki gibidir;

5e. Müşteri ilişkileri yönetilir ve geliştirilir.

Kalite Direktörü:

“SABİM e sürekli şikayetler iletilebiliyor ve sistem üzerinden hemen cevaplar veriliyor. Öneri şikayet kutuları değerlendiriliyor, anketler değerlendiriliyor. Bu yönde bir yönetim söz konusu.”

Prob (sonda) soru: Her türlü müşterinizin ihtiyacına cevap verebiliyor musunuz? Örneğin işitme engeli olan bir hasta için ya da yabancı uyruklu bir hasta için neler yapıyorsunuz?

“Halkla ilişkilerden destek alıyoruz. Dört kişi işaret dilini biliyor. Yabancı dil için bakanlığın bir hattı var 174 diye oradan destek alabiliyoruz.”

Prob (sonda) soru: Hastaneler bilgi asimetrisinin en yoğun yaşandığı yerler. Bu konuda neler diyeceksiniz? Özellikle hekim-hasta iletişimi nasıl? Şeffaf bir iletişim olabiliyor mu?

“Bu konu giderek iyileşiyor. Hekimler hastaların seviyesine göre bir iletişim geliştiriyorlar. Eskiye nazaran daha iyi olduğunu gözlemliyoruz.”

Sağlık Hizmetleri Müdürü:

“Bununla ilgili halkla ilişkiler birimimiz var. Hastaları acile başvuran, polikliniğe başvuran ve yatan hasta olarak bir gruplandırma söz konusu ve onlara da memnuniyet anketleri uyguluyoruz, görüşlerini alıyoruz. Onun dışında da bir çok kanaldan SABİM, CİMER gibi bize her türlü şikayetlerini, önerilerini iletebiliyorlar. Onlarla açık ve şeffaf bir iletişim sağlayabiliyoruz. Aynı şekilde çalışanlarımız için de bu durum geçerli. Onların da memnuniyetlerini anketlerle izleyebiliyoruz ve her türlü görüşlerini yine çeşitli kanallardan alabiliyoruz. Yine hasta haklarında bir çalışmamız var, o bire bir sorunları çözmeye çalışıyor. Hastaya da yapılan uygulama ile ilgili geri dönüş sağlıyoruz. Aksaklık düzeltildi, çalışan uyarıldı gibi. Ayrıca hasta haklarını, çalışan haklarını içeren panolarımız var. Polikliniklerde daha çok bulunduruyoruz. Orası daha yoğun olduğu için. Yatan hastalar için de yatış yapılırken hasta hakları eğitimini hemşirelerimiz veriyor. Yazılı onamlar da gerekli alanlarda ameliyathane, girişimsel işlemler gibi kullanılıyor.”

SÇ cevapları aşağıdaki gibidir;

5e. Müşteri ilişkileri yönetilir ve geliştirilir.

Kalite Direktörü:

“Hasta hakları birimimiz, öneri şikayet kutuları, web sitesi, anketler, SABİM (Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi) gibi bir çok alandan takibini yapıyoruz. Mutlaka her şikayet için de bir süreç yönetimi yapıyoruz. Şikayetle ilgili ne yapıldığının bilgisini ilgili kişisine aktarıyoruz ve sürecin sonlandırılmasını sağlıyoruz. Bunlar da kayıt altındadır.”

Betimsel Analiz;

5e. Müşteri ilişkileri yönetilir ve geliştirilir.

Kurumlar stratejileri ile uyumlu olarak müşterilerini gruplandırmakta ve bu yönde uygun politikalar hayata geçirilmektedir. Müşteri ilişkilerinin yönetimi bütünsellik göstermekte olup sağlam temellidir.

Özet Tablolar;

Tablo 31. OM- Süreçler, Ürünler, Hizmetler Kriterlerinin Karşılama Düzeyi

SÜREÇLER, ÜRÜNLER, HİZMETLER	Alt Kriterler	Özellikler	Görülmemekte	Kısmen Görülmemekte	Görülmemekte
	5a	Süreçleri tasarlama ve yönetme			X
	5b	Ürün ve hizmet tasarlama ve geliştirme			X
	5c	Ürün ve hizmet tanıtımı ve pazarlanması			X
	5d	Ürün ve hizmet üretme, sunma ve servis sağlama			X
	5e	Müşteri ilişkileri			X

Tablo 32. ES- Süreçler, Ürünler, Hizmetler Kriterlerinin Karşılama Düzeyi

SÜREÇLER, ÜRÜNLER, HİZMETLER	Alt Kriterler	Özellikler	Görülmemekte	Kısmen G örülmemekte	Görülmemekte
	5a	Süreçleri tasarlama ve yönetme			X
	5b	Ürün ve hizmet tasarlama ve geliştirme			X
	5c	Ürün ve hizmet tanıtımı ve pazarlanması			X
	5d	Ürün ve hizmet üretme, sunma ve servis sağlama			X
	5e	Müşteri ilişkileri			X

Tablo 33. SÇ- Süreçler, Ürünler, Hizmetler Kriterlerinin Karşılama Düzeyi

SÜREÇLER, ÜRÜNLER, HİZMETLER	Alt Kriterler	Özellikler	Görülmemekte	Kısmen Görülmemekte	Görülmemekte
	5a	Süreçleri tasarlama ve yönetme			X
	5b	Ürün ve hizmet tasarlama ve geliştirme			X
	5c	Ürün ve hizmet tanıtımı ve pazarlanması			X
	5d	Ürün ve hizmet üretme, sunma ve servis sağlama			X
	5e	Müşteri ilişkileri			X

EFQM MM SONUÇ KRİTERLERİ

6. ANA SORU

MÜŞTERİLERLE İLGİLİ SONUÇLAR

Görüşme formunda yer alan tanım yapıldıktan sonra katılımcıların tanıma kurumları adına katıldıkları yönünde olumlu geri dönüşleri alınıp alt sorulara geçilmiştir.

Alt Sorular:

6a. Algılamalar

Kullanılan veriler müşterilerin kuruluşa yönelik algılamalarını ifade eder. Algılamalar; anketler, şikayetler gibi birçok kaynak aracılığıyla toplanabilir. Ölçümlerin içerdiği algılama temaları ise; itibar ve imaj, ürün ve hizmet değeri ile sunumu, müşteri hizmetleri yapısı, müşteri bağlılığı gibi alanlarda yapılabilir.

6b. Performans Göstergeleri

Kullanılan göstergeler kurum performansına yöneliktir. Ölçümlerin içerdiği gösterge temaları ise; ürün ve hizmetlerin sunumu, ürün ve süreç tasarımının paydaş katkılarının ne düzeyde olduğu, şikayetlerin değerlendirilmesi, müşteri hizmetleri yapısı gibi alanlarda yapılabilir.

OM cevapları aşağıdaki gibidir;

Kalite Direktörü:

6a. Algılamalar

“Anketleri her ay yapıyoruz ve hedeflerimizi tutturduk ve son üç yıldır da bu şekilde, memnuniyet oranımız %80’lerde. Size anket formlarını da iletirim.”

6b. Performans Ölçümleri

“SKS kapsamında performans ölçümü, bölüm bazlı göstergeler kısmında hasta ve çalışan güvenliği kapsamında yapılmaktadır.”

ES cevapları aşağıdaki gibidir;

Kalite Direktörü:

6a. Algılamalar

“Müşteri anketlerini her ay yapıyoruz. Anketlerdeki sorular sizin bahsettiğiniz kriterleri çok karşılamıyor. Genellikle hizmet değeri, sunumu kısımlarını karşılıyor. Birde iletişim açısından bilgilendirme yapılıp yapılmadığı ile ilgili sorularımız var. Dolayısıyla sizin kriterlerinizi çok fazla karşılamıyor. Bence anketlerde daha can alıcı sorular olmalı. Kapsamı genişletilmeli.”

6b. Performans Göstergeleri

“Bölüm bazlı göstergelerimizde hastaya yönelik kapsamlı diyebiliriz.”

SÇ cevapları aşağıdaki gibidir;

Kalite Direktörü:

6a. Algılamalar

“Hasta memnuniyeti anketlerini her ay uyguluyoruz. Memnuniyet oranlarımız %90. Ama genelde anketlerde vurucu sorular yok. Biz iyileştirmeleri soruların cevaplarından ziyade yorumlar bölümünden yakalayabiliyoruz. Sorular daha kapsamlı olmalı diye düşünüyorum. Bizim için en çok bildirilen sorun fiziksel alan darlığıyla alakalı şikayetler ancak buna bir çözüm bulamıyoruz ya da çok kısıtlı şekilde çözebiliyoruz. Birde MHRS’nin 10 dk’lık muayene süreleri vermesi alanda sıkıntı ve şikayetlere yol açabiliyor, çok gerçekçi, uygulanabilir olamayabiliyor. Örneğin göz kliniğinde bir hastanın 10 dk içinde muayene olması mümkün değil. Bazı alanların daha çok zamana ihtiyacı var. Bu sağlanmadığında bu sefer randevulu hastalar beklemiş oluyor, bu da şikayetlere neden oluyor. Burada her sistemin birbiriyle uyumlu çalışmasının sağlanması çok önemli bence.”

6b. Performans Göstergeleri

“SKS’de Bölüm bazlı göstergelerimiz var. Buradan yararlanıyoruz.”

Betimsel Analiz;

6a. Algılamalar

Kurumlarda “Hasta memnuniyeti anketleri”nin her ay uygulandığı görülmüştür ancak sonuçların bölge ya da pazar bazında kırılmadığı ve anket içeriğinin daha fazla içeriğe sahip olabileceği görülmüştür. 3 anketin içerik bağlamında EFQM MM’nde yer alan konulara göre kıyasladığımızda modelin bahsettiği konulardan hizmet

sunumu ve değerine değindiğini görmekteyiz. Bu durumda konuların yarı yarıya karşılandığını söylemek mümkün olacaktır. Anketlerin cevaplanma oranı istenilen düzeyde olduğu ifade edilmiştir. Anketlerin 3 kurum için de son üç yıldır olumlu eğilim gösterdiği ve oranların %80’ler civarında olduğu ifade edilmiştir. Üç kurum da müşteri kırımını standart olan anket formları bağlamında; Yatan Hasta, Ayaktan Hasta ve Acil Hasta Memnuniyet Anketleri formları kapsamında uygulamaktadır.

6b. Performans Göstergeleri

Hastalar için belirlenmiş temel strateji ve hedeflerin SKS Hastane V5’ te ifade edilen bölüm bazlı göstergelerle ilgili olduğunu gösteren gerekçeler bulunmaktadır. Bununla birlikte sınırlı düzeyde unsurları içerdiği görülmektedir. SKS Hastane V5 yapısı itibariyle temel süreçleri destekleyecek bir takım argümanları belirlemekte ama bir yandan da örneğin göstergelerin belirlenen şekilde kalmamasını ve geliştirilmesini ifade etmektedir. Bu anlamda performans göstergelerinin algılamalarda / anketlerde ölçülen kriterleri bütünsel olarak ölçebilmesi için destekleyici çalışmalar yapılmalıdır.

Özet Tablolar;

Tablo 34. OM- Müşterilerle İlgili Sonuçlar Kriterlerinin Karşılanma Düzeyi

MÜŞTERİLERLE İLGİLİ SONUÇLAR	Alt Kriterler	Özellikler	Görülmemekte	Kısmen Görülmemekte	Görülmemekte
	6a	Algılamalar			X
	6b	Performans Göstergeleri			X

Tablo 35. ES- Müşterilerle İlgili Sonuçlar Kriterlerinin Karşılanma Düzeyi

MÜŞTERİLERLE İLGİLİ SONUÇLAR	Alt Kriterler	Özellikler	Görülmemekte	Kısmen Görülmemekte	Görülmemekte
	6a	Algılamalar			X
	6b	Performans Göstergeleri			X

Tablo 36. SÇ- Müşterilerle İlgili Sonuçlar Kriterlerinin Karşılama Düzeyi

MÜŞTERİLERLE İLGİLİ SONUÇLAR	Alt Kriterler	Özellikler	Görülmemekte	Kısmen Görülmemekte	Görülmemekte
	6a	Algılamalar			X
	6b	Performans Göstergeleri			X

7. ANA SORU

ÇALIŞANLARLA İLGİLİ SONUÇLAR

Görüşme formunda yer alan tanım yapıldıktan sonra katılımcıların kurumları adına tanıma kısmen katıldıkları yönünde görüşleri alındıktan sonra alt sorulara geçilmiştir.

7a. Algılamalar

Kullanılan veriler çalışanların kuruluşa yönelik algılamalarını ifade eder. Algılamalar; çalışan tatmini, bağlılığı, motivasyon ve yetkilendirilme durumu, performans süreçleri, kariyeri, eğitimi, iletişim becerileri, çalışma ortamının durumu, liderlik ve yönetim gibi alanlarda yapılabilir.

7b. Performans Göstergeleri

Kullanılan göstergeler çalışan performansına yöneliktir. Ölçümlerin içerdiği gösterge temaları ise; katılımcılık, bağlılık, yetkilendirme, performans süreçleri çıktıları, liderlik performansı, eğitim ve kariyer geliştirme faaliyetleri ve kurumsal iletişim gibi alanlarda yapılabilir.

OM cevapları aşağıdaki gibidir;

Kalite Direktörü;

7a. Algılamalar

“Çalışan memnuniyeti anketini senede iki defa yapıyoruz. Anketler hekim (asistan-uzman), diğer sağlık personeli (ebe-hemşire-tekniker-teknisyen), veri giriş çalışanı, güvenlik, temizlik hizmetleri, idari birimler, lisansiyerler olarak kırılımlandırıyoruz ve memnuniyet oranlarımızda hedeflerimizi tutturduk, 3 yıllık eğitime bakıldığında olumlu eğilim gösteriyoruz.”

7b. Göstergeler:

“Çalışanlara yönelik performans göstergeleri bölüm bazlı göstergeler kısmındaki tüm kriterlerin ölçülmesiyle yapılıyor. Sadece çalışan güvenliği kapsamında kısıtlı göstergeler ile ölçülmektedir.”

ES cevapları aşağıdaki gibidir;;

7a. Algılamalar

“Çalışan anketlerini 6 ayda bir uyguluyoruz. İçerik olarak bakacak olursak çalışan anketlerinde çalışma koşullarına ağırlık verildiğini söyleyebiliriz. Motivasyona yönelik bir soru var ancak kamu hastanelerinde para, ödül, ceza çok uygulanamıyor. Bunun bir yaptırımı yok. Bu anketlerde kırım yapıyoruz. Hekim, hemşire, veri girişi gibi. Sonuçlarımız olumlu eğilimde. Son üç yıl için değerlendirecek olursak olumlu bir eğilimde. Genellikle %80’ lerdeyiz. 78-82 arasında sonuçlarımız oldu. Hedeflerimizi tutturduk. Biz aslında anketlerin altına yazılan görüş önerilere daha çok kıymet veriyoruz. Onları da mutlaka değerlendiriyoruz.”

7b. Performans Göstergeleri

“Bölüm bazlı kriterlere baktığımızda göstergeler daha çok çalışan güvenliğine odaklı. Göstergelere sadece güvenlik odaklı diyebiliriz. Bunun dışında bağlılık, liderlik performansı, yetkinlik performansı gibi göstergeler yok.”

Prob (sonda) soru: Bu göstergelere baktığınızda SKS’nin anket ve gösterge içeriklerini EFQM kriterlerine kıyasla ne düzeyde karşıladığınızı sorabilir miyim?

Kısmen mi, görülmemekte mi, görülmemekte mi dersiniz?

“Kısmen görülmemekte diyebiliriz. TSE, SAS, SKS ve EFQM’i karşılaştıracak olursak EFQM’in daha kapsamlı olduğunu söyleyebiliriz.”

SÇ cevapları aşağıdaki gibidir;

7a. Algılamalar

“ÇMA’ları yılda iki kere, 6 ayda bir yapıyoruz. Ama sorular burada da daha kapsamlı olabilir. Sonuçları tüm meslek grubuna göre kırılımlandırıp analizini yapıyoruz. 3 yıllık olumlu eğilim de var.”

7b. Performans Göstergeleri

“SKS ‘de yer alan bölüm bazlı göstergelerin tamamını uyguluyoruz. Bunun dışında bir çalışmamız yok.”

Betimsel analiz;

7a. Algılamalar

Çalışan memnuniyeti anketlerine bakıldığında hekim, hemşire, diğer sağlık personeli gibi kırılım yapıldığı görülmektedir. Sonuçların bölgedeki diğer ilgili kuruluşlarla karşılaştırılmadığı görülmektedir. Sonuçların en az üç yıldır olumlu eğilim gösterdiği ve hedeflerin tutturulduğu görülmüştür. Ancak bu yönde sürekli iyileştirme çalışmalarının kapsamlı olmadığı görülmüştür. Çalışan memnuniyeti anketi sorularına bakıldığında özellikle kariyer geliştirme, tatmin, katılım, bağlılık, motivasyon, performans yönetimi gibi unsurların ele alınmadığı görülmektedir. Bu bağlamda sorular içerik olarak modelin öngördüğü kapsam bağlamında değerlendirilirse yarı yarıya karşılanma söz konusudur denebilir. Kurumlarda yapılan anketlerin son üç yıllık sonuçlarının %80-%85 aralığında memnuniyet oranı olduğu ifade edilmiştir. Çalışanların çoğunlukla yemeklerden şikayet ettiği ve bu konuda gerekli çalışmaların yapıldığı ifade edilmiştir.

7b. Performans Göstergeleri

Çalışanlar için belirlenmiş temel strateji ve hedeflerin SKS Hastane V5'te ifade edilen bölüm bazlı göstergelerle ilgili olduğunu gösteren gerekçeler mevcuttur. Göstergelerin analizleri yapılarak, üst yönetimle paylaşılmaktadır. Bununla birlikte SKS Hastane V5'in belirlemiş olduğu göstergelerden farklı olarak başka göstergelerin de belirlenmesi henüz gerçekleştirilmemiştir ki SKS V5'in böyle bir önerisi bulunmaktadır. Özet Tablolar;

Tablo 37. OM- Çalışanlarla İlgili Sonuçlar Kriterlerinin Karşılanma Düzeyi

ÇALIŞANLARLA İLGİLİ SONUÇLAR	Alt Kriterler	Özellikler	Görülmemekte	Kısmen Görülmemekte	Görülmemekte
	7a	Algılamalar		X	
	7b	Performans Göstergeleri		X	

Tablo 38. ES- Çalışanlarla İlgili Sonuçlar Kriterlerinin Karşılanma Düzeyi

ÇALIŞANLARLA İLGİLİ SONUÇLAR	Alt Kriterler	Özellikler	Görünmemekte	Kısmen Görünmemekte	Görünmemekte
	7a	Algılamalar		X	
	7b	Performans Göstergeleri		X	

Tablo 39. SÇ Çalışanlarla İlgili Sonuçlar Kriterlerinin Karşılanma Düzeyi

ÇALIŞANLARLA İLGİLİ SONUÇLAR	Alt Kriterler	Özellikler	Görünmemekte	Kısmen Görünmemekte	Görünmemekte
	7a	Algılamalar		X	
	7b	Performans Göstergeleri		X	

8. ANA SORU

TOPLUMLA İLGİLİ SONUÇLAR

Görüşme formunda yer alan tanım yapıldıktan sonra katılımcıların kurumları adına bu tanıma yönelik bir algılama yöntemi ve performans göstergesi kullanmadıkları yönünde görüşleri alınmıştır.

8a. Algılamalar

Her üç kurumda da ;SKS-V5 kapsamında dış paydaş gereksinim ve beklentilerine yönelik olarak anket uygulaması yapılmamaktadır.

8b. Performans göstergeleri

SKS Hastane V5 kapsamında topluma yönelik performans göstergeleri ölçülmemektedir.

Özet Tablolar aşağıdaki gibidir;

Tablo 40. Üç Hastane'nin Toplumla İlgili Kriterlerinin Karşılanma Düzeyi

TOPLUMLA İLGİLİ SONUÇLAR	Alt Kriterler	Özellikler	Görülmemekte	Kısmen Görülmemekte	Görülmemekte
	8a	Algılamalar	X		
	8b	Performans Göstergeleri	X		

9.ANA SORU

İŞ SONUÇLARI

Alt Sorular

9a. Algılamalar

İş çıktılarıyla alakalı bir anket uygulaması modelde beklenmemekle birlikte finansal ve finansal olmayan ölçümlerin iş paydaşlarıyla mutabık kalınarak birlikte belirlenmesi söz konusudur

9b. İş Performans Göstergeleri

Kullanılan göstergeler kurumsal operasyonel performansa yöneliktir. Ölçümlerin içerdiği gösterge temaları ise; finansal, dış paydaşların performansı, ve teknolojik göstergeler ve proje maliyetleri ve temel süreç performans göstergeleri gibi alanlarda yapılabilir.

OM;

Strateji Birimi Müdürü cevapları;

9a ve 9b;

“İş sonuçları gerek kurum içi yönetim toplantılarında gerek İl Sağlık Müdürlükleri değerlendirme toplantılarında çok detaylı olarak değerlendirilmektedir. Fakat veri paylaşımı yapamıyoruz ama puanlandırmanız için finansal anlamda hedeflerimiz tutmuştur, son üç yıl için olumlu eğilim mevcuttur.”

ES;

İdari ve Mali İşler Müdürü cevapları;

9a. İş Çıktıları:

“Bakanlık tüm kamu hastanelerinin mali sonuçlarını inceliyor ve iyileştirme yapılacaksa bu sonuçlar çerçevesinde yapılıyor. Sonuçları iyi olan kurum örnek gösterilirken, sonucu beklenileni karşılamayan kurumun da hangi süreçlerini iyileştirmesi gerektiğinin analizi yapılıyor. Zaten iyi kurumlar örnek uygulamalarını gönderiyor ve yayınlıyor. Bunu bakanlık yapıyor, Eyüp Sultan Hastanesi olarak biz bir karşılaştırma yapıyor muyuz dersek bunu yapmıyoruz ama istediğimiz zaman karşılaştırma sonuçlarını alabiliyoruz. Her kurumun verimlilik puanı, sks puanı, mali durumu yayınlanıyor ve kitapçık olarak raporlaştırıp sunuluyor. Bu bilgiler ışığında kurum olarak bizler dezavantajlarımızı nasıl avantaja çevirebileceğimize bakıyor ve yolumuza devam ediyoruz.”

9b. İş Performansı Göstergeleri

“Biz gösterge olarak finansal göstergeleri, maliyet analizlerimizi dikkate aldığımızı söyleyebiliriz. Bununla birlikte hem verimlilik kriterleri hem sks kapsamında da tedarikçilerimizin performansı ile ilgili belirlenmiş göstergelerimiz var. Bu sayede onların da performans göstergelerini takip edebiliyoruz. Burada asıl bağlayıcı olan tabii ki mevzuatlardır. Tedarikçileri mevzuatlar çerçevesinde değerlendiriyoruz. Biz bu ihale kanunu dışında bir kriter belirleyip onları değerlendiremiyoruz.”

SÇ cevapları aşağıdaki gibidir;

İdari ve Mali İşler Müdürü cevapları;

9a ve 9b;

“İş sonuçlarına yönelik Sağlık Bakanlığı’nın kurumların performansını değerlendirdiği bir süreç var. Kamu Başkanlığı ayda bir bizi mali açıdan, gelir gider dengeleri açısından değerlendirmek için bizi toplantıya çağırıyor. Ayrıca mali açıdan bir yönetici olarak benim performansımı da 360 derece performans değerlendirmesi ile hem üst amirlerime hem yönettiğim kadroya verilen anketlerle yapıyor. Ayrıca Bakanlık gerekli hallerde extra görüşmeler de yapabiliyor. Bu toplantılarda mali çıktılar, sağlık hizmeti çıktıları, memnuniyet anketlerine bakılıyor. Yani idari, mali ve sağlık hizmeti çıktılarımızı değerlendiriyor. Biz de her akşam otomatik olarak telefonlarımıza gelen sms ile günlük faaliyetlerimizin çıktılarını alıyoruz. Ben kaç hasta görülmüş, acile kaç hasta gelmiş, güncel SUT fiyatlarına göre hastaneye ne kadar para girmiş ben bunu her gün saat 18:30 da bu değeri alıyorum. Biz hasta potansiyelimiz düştüğü zaman bunu araştırabiliyoruz, hekimlerimizle sürekli irtibat halindeyiz. Düşme olursa bunun bilgisini paylaşıyoruz. Göstergeler olarak baktığımızda bizim iş sonucu göstergelerimizin son üç yıllık sürecimizde eğimimiz yukarıya gidiyor. Gelir

gider bütçemizde gayet iyi durumdayız. Kalite çalışmaları kapsamında biz mali hedefler koyduk ve bunları tutturduk. Ayrıca şöyle bir şey de var. Tüm kamu hastaneleri sonuçta Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastaneler, dolayısıyla tabiri caizse aynı kaptayız. Burada benim bir mali üstünlüğüm varsa ben başka bir mali yetersizlik yaşayan hastaneye yardım etmeye de haizim. Bu açıdan sağlık bakanlığı tüm hastanelerin mali bütçesine tek bir bütçe gibi bakıp ihtiyacı olan kuruma karlı bir hastanenin bütçesinden kaynak sağlayabilir.”

Betimsel analiz;

Üç kurumun da SKS Hastane V5'e göre kurumsal amaç ve hedef kapsamında belirledikleri mali hedefleri bulunmaktadır ve takibi yapılmaktadır. Ancak SKS Hastane V5'de iş sonuçlarına dair opsiyonel standartlar bulunmakla birlikte; iş performans göstergeleri, temel süreçlere yönelik performans göstergeleri verimlilik kriterleri kapsamında ve diğer performans yönetim sistemleri kapsamında günlük olarak takip edilip, değerlendirilmektedir. Olumlu performans göstergelerine sahip üç hastane için de güven veren bir eğilim gösterdiklerini söylemek mümkündür.

Tablo 41. OM,ES, SÇ'nin İş Sonuçları ile İlgili Kriterlerinin Karşılama Düzeyi

İŞ SONUÇLARI İLE İLGİLİ SONUÇLAR	Alt Kriterler	Özellikler	Görülmemekte	Kısmen Görülmemekte	Görülmemekte
	9a	Algılamalar			X
	9b	Performans Göstergeleri			X

Genel olarak üç hastane için de tüm kriterlere bir tabloda bakacak olursak aşağıdaki gibi bir tablo karşımıza çıkacaktır; bu tablonun üç hastane için de geçerli olduğunu söyleyebiliriz.

Tablo 42. Üç Hastanenin Girdi ve Sonuç Kriterleri Kriterlerinin Karşılama Düzeyi

GİRDİ KRİTERLERİ	Kriterler	Görülmemekte	Kısmen Görülmemekte	Görülmemekte
	1.Liderlik		X	
	2.Strateji			X
	3.Çalışanlar		X	
	4.İşbirlikleri ve Kaynaklar		X	
	5.Süreçler, Ürünler ve Hizmetler			X
	6.Müşterilerle ilgili Sonuçlar			X
SONUÇ KRİTERLERİ	7. Çalışanlarla İlgili Sonuçlar		X	
	8.Toplumla İlgili Sonuçlar	X		
	9. İş Sonuçları			X

Üç hastane için de ortak olarak ifade edilen sorunların başında; SKS Hastane V5'in maddi ödüllendirme ile desteklenmemesine bağlı olarak alanda daha fazla defans yaşandığı, hastanelerdeki yetersiz fiziksel kapasite ile ilgili güçlüklerin varlığı, yönetim sistemlerinde kullanılan farklı programların birbiriyle entegrasyonunun istenilen seviyede sağlanamadığı, bilgi işlem desteğinin yeteri kadar alınamadığı, hekim ve hemşirelerin artan iş yüküne bağlı olarak bir takım veri girişlerinde sorunlar yaşandığı, kurumların gelir artışını sağlamada bir yönetim motivasyonu olmasına rağmen malpraktis, çekinik tıp uygulamaları nedeniyle istenen hedeflerin nispeten elde edilememesi, hasta güvenliği ve çalışan güvenliği konusunda yaşanan bir takım zorluklar, sık aralıklarla güncellenen SKS Hastane standartlarının yöneticileri uygulamalar açısından zorladığı, bunun yanı sıra Verimlilik kriterleri gibi uygulamaların SKS Hastane V5'den farklı takvimlerde denetimlerinin olması, bir çok farklı uygulamanın ayrı olarak revizyonlarının yapılması, günlük iş yükünün fazlalığı nedeniyle yenileşim, yaratıcılık gibi aslında yönetimi motive eden bir takım unsurların değerlendirilememesi, kalite çalışmalarına tüm çalışanların katılımının istenen seviyede sağlanamaması, tüm birimlerde yaygın kalite takımlarının bulunmaması, kalite direktörlerine ve diğer yöneticilere istenen düzeyde kalite eğitimleri verilmemesi, bazı standartların uygulanmasında personel yetersizliğine bağlı olarak zorluklar yaşanması, Kalite Direktörlerinin görev alanlarına daha çok aidiyet hissetmelerini sağlayacak sertifikasyon, kadro gibi motivasyon unsurlarının henüz değerlendirilmemesi gibi bulgular gelmektedir. Bu bulgular Çelik'in (2018, 57-69) tez çalışması bulguları ile de büyük oranda uyumludur.

Bununla birlikte üç hastanenin yöneticilerinin ortak kanısı SKS Hastane V5 ile bir çok alanda iyileşmenin sağlandığı ve sağlanmaya devam edeceği, ortak bir kalite kültürü oluşturduğu, standartların uygulanmasıyla birlikte çalışanlar açısından yasal bir koruma sağladığı, diğer kurumlarla sonuçların karşılaştırılması imkanı sunduğu, en iyi uygulamaların paylaşılabildiği, sürekli iyileşmeyi teşvik ettiği, uygulamada temel bir rehber kaynak sunduğu, analitik düşünmeyi sağladığı, hasta ve çalışan memnuniyetine olumlu katkı sağladığı yönünde olmuştur. Bu bulgular Çelik'in (2018, 57-69) tez çalışması bulguları ile büyük oranda uyumludur.

Ayrıca hasta ve çalışan memnuniyeti, çevik yönetim, beyaz kod, karlılık gibi parametreler açısından; ayaktan tedavi hizmeti vermenin, daha küçük bir yapıda olmanın ve hizmet verilen toplumun sosyoekonomik ve eğitim bakımından iyi bir seviyede olmasının kurumlara olumlu katkı sağladığı gözlemlenmiştir. Bu sebeple ilgili parametreler açısından Beşiktaş Sait Çiftçi Devlet Hastanesi'nin diğer hastanelere kıyasla daha iyi durumda olduğu görülmüştür.

BEŞİNCİ BÖLÜM

ARAŞTIRMA SONUÇLARI

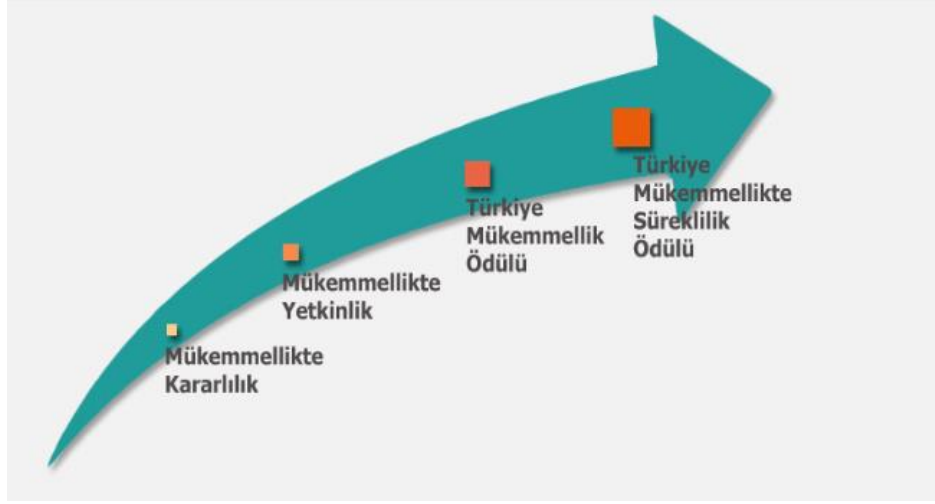
Bu bölümde araştırma sonuçları; betimsel analiz, doküman incelemesi ve RADAR puanlandırması çerçevesinde ulaşılan sonuçlardan yola çıkarak aktarılmıştır.

1. Sonuçlar

Bu çalışma; T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından uygulanan SKS Hastane V5'in EFQM MM ile karşılaştırılmasına yönelik olarak hazırlanmıştır. Bu çalışma ile beraber ana araştırma sorusu ve alt soru başlıkları olan; Türkiye'de kamu hastanelerinde uygulanan kalite çalışmalarının neler olduğu ve hastanelerin üst düzey yöneticilerinin kalite uygulamalarındaki rolü, SKS Hastane V5'e göre iyi seviyede (85/100 ve üzeri) performans sergileyen üç kamu hastanesin EFQM MM kriterlerine göre kaç puan alacağı; Kamu hastanelerinde uygulanan kalite standartlarının EFQM MM kriterlerini ne düzeyde karşıladığı; iki modelin birbirine kıyasla ne düzeyde bütünsel performans aracı olduğu; SKS Hastane V5'in EFQM MM'ne kıyasla güçlü ve zayıf yönlerinin neler olduğu; yönetim kademesinin alternatif kalite odaklı bütünsel performans yönetim araçlarına bakış açılarının neler olduğu konularını aydınlığa kavuşturabilmek ve örnekleme oluşturmak için iyi seviyede SKS Hastane V5 puanına sahip olan 9 kamu hastanesi ve 3 özel hastaneye başvurulmuş olup üç kamu hastanesinden olumlu geri dönüş alınmıştır. Bu bağlamda çalışmanın örneklemini üç kamu hastanesi oluşturmuştur. Yapılan doküman incelemeleri, gözlemler, yapılandırılmış görüşme tekniği ve prob (sonda) sorular aracılığıyla görüşmelerin betimsel analizleri yapılmış olup elde edilen veriler sonucunda üç kamu hastanesinin EFQM MM kriterleri çerçevesinde değerlendirilmesi yapılarak ortalama 301 puan seviyesine ulaştıkları görülmüştür. Sonuçlardan elde edilen en önemli kısım SKS Hastane V5 standartlarının “Süreçler, Ürünler, Hizmetler” kriterlerini iyi düzeyde karşıladığı, “Liderlik; Strateji; İşbirlikleri, Kaynaklar; Çalışanlar; Çalışan, Müşteri ve İş ile İlgili Sonuçlar ” kriterlerinde iyileştirmeye açık alanları olduğu, Toplumla İlgili sonuçları hiç değerlendirmedeği görülmüştür. Bunun sebebinin ise iyileştirmeye açık alanlardaki kriterlerin opsiyonel olarak belirlenmesi olduğu için kamu hastaneleri

tarafından her ne kadar alanda kullanılmasının önemine dikkat çekilse de RADAR puanlandırmasının kriterleri olan yaklaşım, yayılım, değerlendirme ve iyileştirmeler açısından yeteri kadar bütünsel şekilde, neden-sonuç ilişkileri kurularak değerlendirilemediği ve SKS Hastane V5’de bahsi geçen standartların uygulama gerekliliği bulunmamasının alanda da uygulamada karşılık bulamamasına neden olduğu anlaşılmıştır. Çalışmanın öngörüsüne göre sağlık alanında verilen hizmet kalitesinin en üst seviyede sağlanması için EFQM MM perspektifi açısından da bakılıp özellikle “liderlik, çalışanlar, toplumla ilişkiler, tedarikçiler ile ilişkiler ve sonuçlar” alanlarında SKS Hastane V5’de çekirdek standartların ve göstergelerin daha fazla yer bulmasının faydalı olacağı düşünülmekle birlikte personel atamaları ile istihdamın sağlandığı hastanelerin bu yapıyı istenilen düzeyde sağlamalarında, sağlık politikalarının hastaneler tarafından uygulanması yükümlülüğünün bağlayıcı olduğu durumlar göz önünde bulundurulduğunda EFQM MM perspektifinin alanda uygulanması adına kısıtlar oluşturabileceği gözlenmiştir. Araştırma sorularının cevaplanabilmesi adına gerçekleştirilen görüşmeler, doküman incelemesi ve gözlemler neticesinde SKS Hastane V5 puanları 94-97 aralığında bulunan üç kamu hastanesinin EFQM MM’nin RADAR puanlandırma kriterlerine göre 300-304 aralığında puanlar alarak “Mükemmellikte Yetkinlik” aşamasında oldukları belirlenmiştir. Bu puan RADAR’da dört aşamalı puanlandırma sisteminin ikinci aşamasını temsil etmektedir. Bu aşamada kurumların başarılı bir biçimde yönetildiği, mükemmellik yolunda ilerledikleri ve sürekli iyileştirmeyi kurum kültürüne yerleştirdikleri bir aşamanın başlangıcında oldukları anlaşılmaktadır.

RADAR puanlandırmasının dört seviyesi aşağıdaki gibidir;



Şekil 10. RADAR Puanlandırması Seviyeleri

Kaynak: Kalder, Mükemmellikte Tanıma Programı Küresel Rol Model Olmak http://www.kalder.org/efqm_mukemmellikte_tanima_programi Erişim Tarihi:23.07.2019.

Mükemmellikte Kararlılık (puan < 300): Mükemmellik yolculuğunun henüz başındadır ve iyileştirme faaliyetlerine başlamıştır.

Mükemmellikte Yetkinlik (300 < puan < 600) : Sürekli iyileştirme bir yaşam tarzı olmuştur. Başarılı bir biçimde yönetilen ve mükemmel olma yolunda ilerleyen kuruluşlar anlaşılır.

Türkiye Mükemmellik Ödülü (puan> 600): Bir kuruluşun ödüllendirildiği en üst seviyedeki Mükemmellik Aşamasıdır (Türkiye Kalite Derneği, EFQM MM Eğitim Notları 2013).

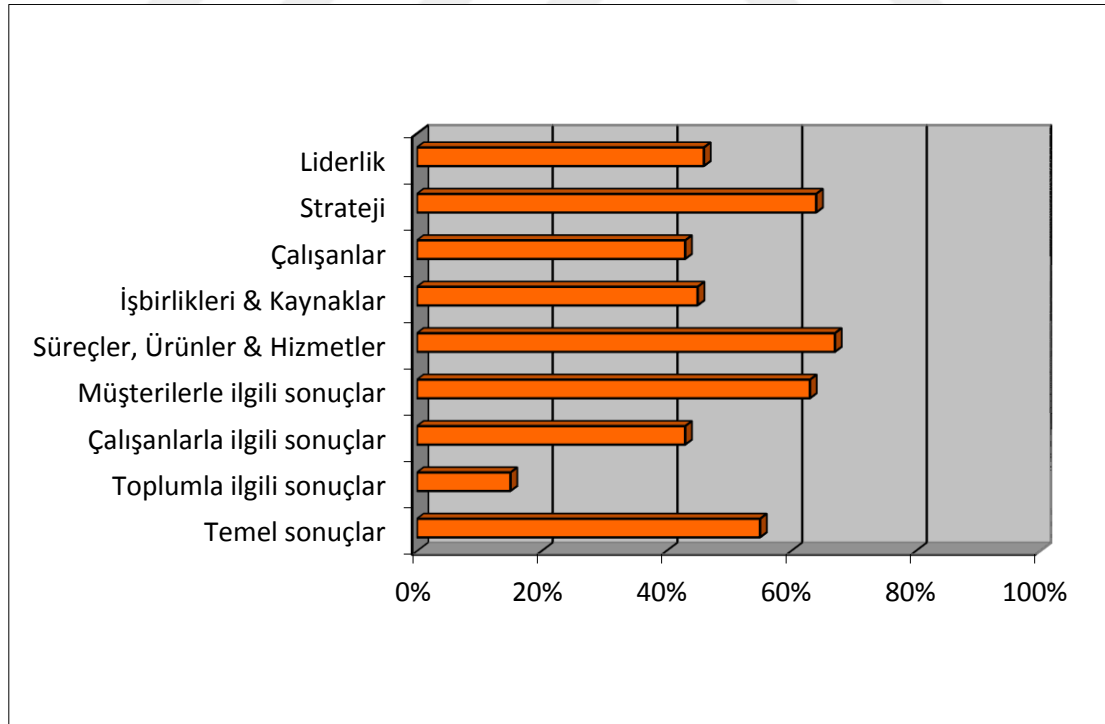
Türkiye Mükemmellikte Süreklilik Ödülü (650 > Puan): En az 3 yıllık süreçte gösterdiği başarıyı sürdürebilen ve sürekli performansını iyileştirdiğini tartışmasız olarak ortaya koyan kuruluşlar anlaşılır (TÜSİAD, http://www.kalder.org/upload/files/PDF/winco_2016_Sunumlar/bercingun.pdf, 23.07.2019).

RADAR puanlandırmasında, doküman incelemesi ile ulaşılan sonuçlardan daha iyi bir puanlandırmaya ulaşıldığı görülmüş olup bunun sebebinin SKS Hastane V5 kriterlerinde opsiyonel olarak ifade edilen kriterler ile Verimlilik Kriterlerinin uygulamada yer bulmasından kaynaklanmaktadır. EFQM MM kriterlerinden; Liderlik, Strateji, Çalışanlar, İşbirlikleri ve Kaynaklar ve İş sonuçları ile SKS Hastane V5 kıyaslandığında bu alanlardaki opsiyonel kriterlerin uygulamada yer bulmasını

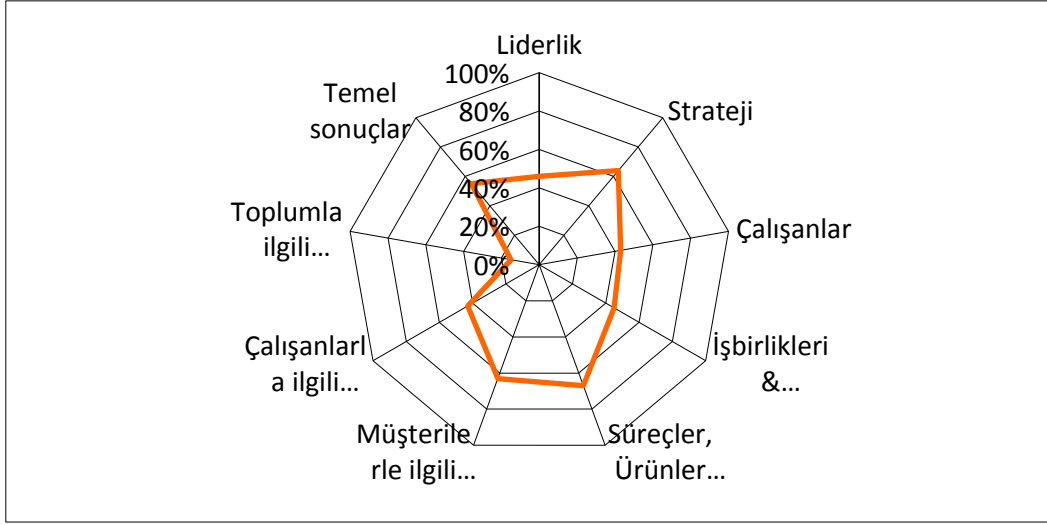
sağlayan sebeplerin başında ise “Verimlilik Kriterleri” nin yöneticinin bir çok alandaki rolüne vurgu yapması ve yönetici karnesinin oluşmasını sağlayan bir etkisinin olması, özellikle finansal göstergeleri, süreç performansına yönelik göstergeleri ile SKS Hastane V5 kriterlerini uygulamada olumlu yönde desteklediği görülmüştür.

Tablo 43. OM- EFQM Kriterleri RADAR Puanı

	Verilen Puan	EFQM Ağırlığı	Toplam
Liderlik	46%	10	28
Strateji	64%	10	38
Çalışanlar	43%	10	26
İşbirlikleri & Kaynaklar	45%	10	27
Süreçler, Ürünler & Hizmetler	67%	10	40
Müşterilerle ilgili sonuçlar	63%	15	57
Çalışanlarla ilgili sonuçlar	43%	10	26
Toplumla ilgili sonuçlar	15%	10	9
Temel sonuçlar	55%	15	50
Toplam puan			300



Şekil 11. OM EFQM Kriterlerini Karşılama Yüzdesi Grafiği

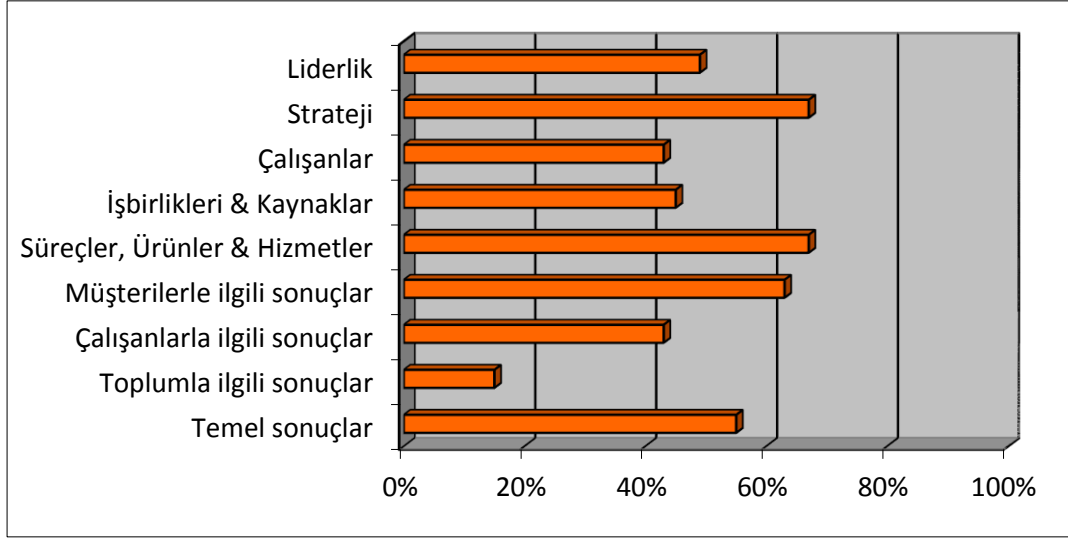


Şekil 12. OM EFQM Kriterleri Örümcek Ağı Matrisi

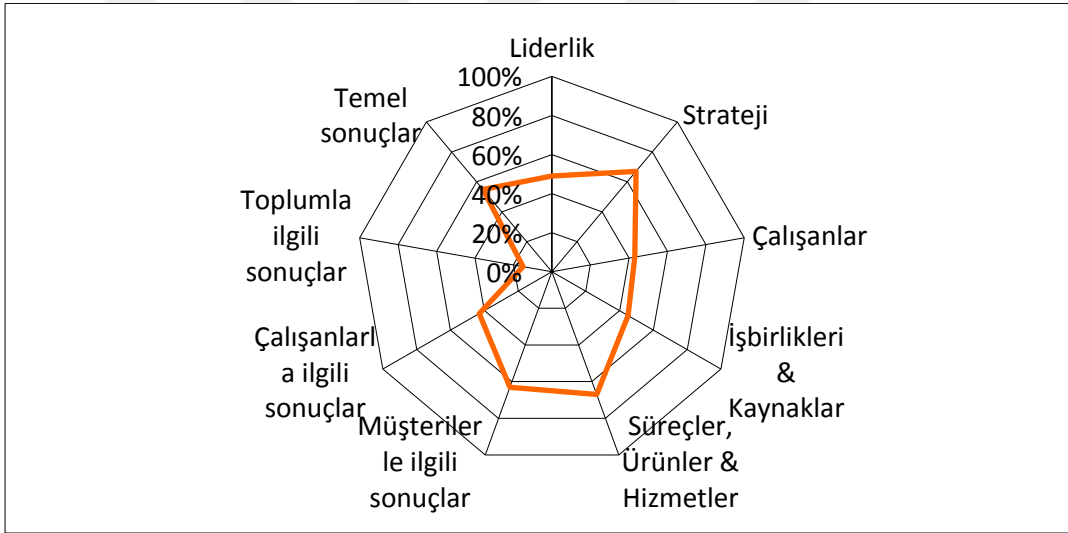
Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin en iyi alanları; Süreçler, Ürünler, Hizmetler kriteri olduğu, iyileştirmeye en açık alanının ise toplumla ilgili sonuçları olduğu görülmüştür.

Tablo 44. ES- EFQM Kriterleri RADAR Puanı

	Verilen Puan	EFQM Ağırlığı	Toplam
Liderlik	49%	10	29
Strateji	67%	10	40
Çalışanlar	43%	10	26
İşbirlikleri & Kaynaklar	45%	10	27
Süreçler, Ürünler & Hizmetler	67%	10	40
Müşterilerle ilgili sonuçlar	63%	15	57
Çalışanlarla ilgili sonuçlar	43%	10	26
Toplumla ilgili sonuçlar	15%	10	9
Temel sonuçlar	55%	15	50
Toplam puan			304



Şekil 13. ES- EFQM Kriterlerini Karşılama Yüzdesi Grafiği

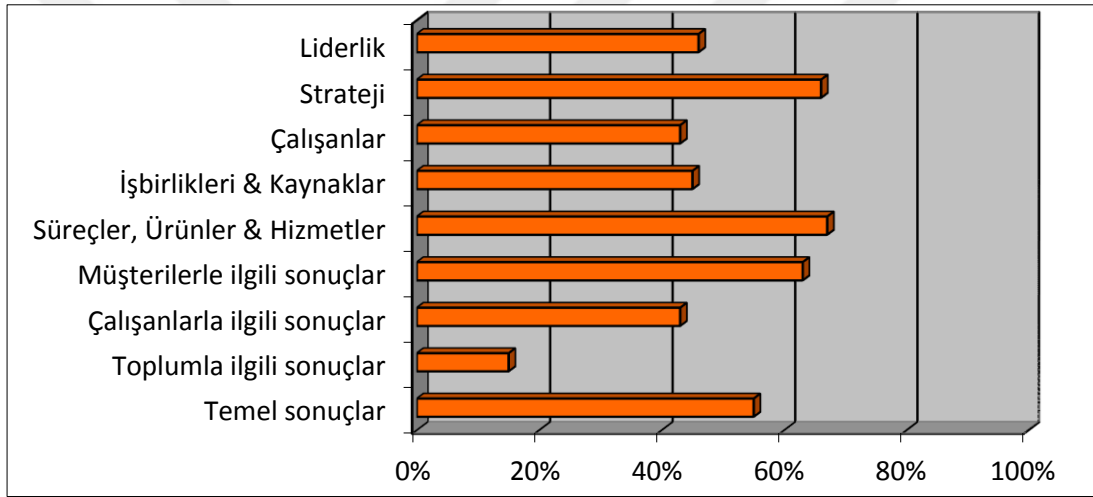


Şekil 14. ES-EFQM Kriterleri Örümcek Ağı Matrisi

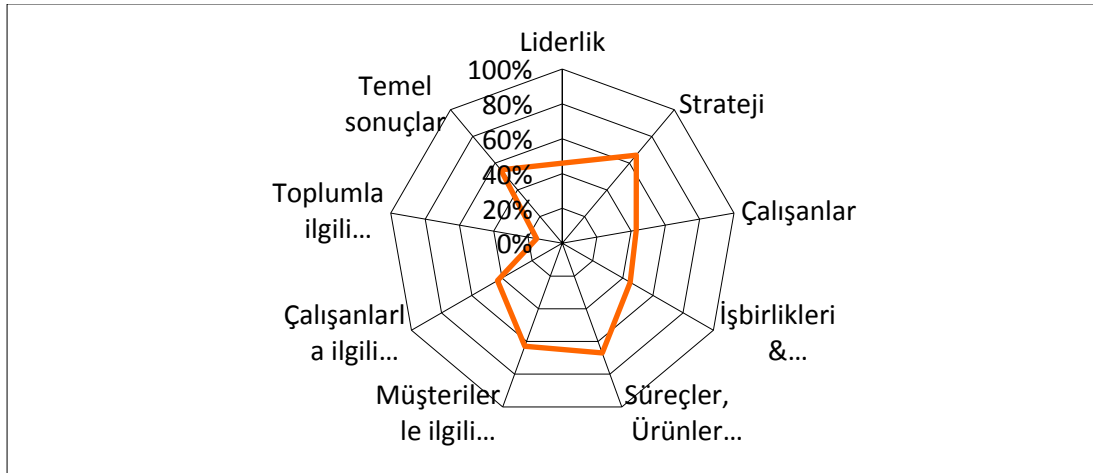
EyüpSultan Devlet Hastanesi'nin de en iyi alanlarının; Süreçler, Ürünler, Hizmetler kriteri olduğu, iyileştirmeye en açık alanının ise toplumla ilgili sonuçları olduğu görülmüştür. Stratejilerini EFQM MM değerlendirme kriterlerine göre sağlam temelli ve bütünlük olarak süreçlerine yansıtma "Faaliyet Raporunu" hazırlayıp, web sitesinde yayınlaması EFQM MM kriterleri açısından; Liderlik ve Strateji puanlarına olumlu şekilde yansımıştır.

Tablo 45. SÇ- EFQM Kriterleri Puanları

	Verilen Puan	EFQM Ağırlığı	Toplam
Liderlik	46%	10	28
Strateji	66%	10	40
Çalışanlar	43%	10	26
İşbirlikleri & Kaynaklar	45%	10	27
Süreçler, Ürünler & Hizmetler	67%	10	40
Müşterilerle ilgili sonuçlar	63%	15	57
Çalışanlarla ilgili sonuçlar	43%	10	26
Toplumla ilgili sonuçlar	15%	10	9
Temel sonuçlar	55%	15	50
Toplam puan			301



Şekil 15. Sait Çiftçi Devlet Hastanesi'nin EFQM Kriterlerini Karşılama Yüzdesi Grafiği



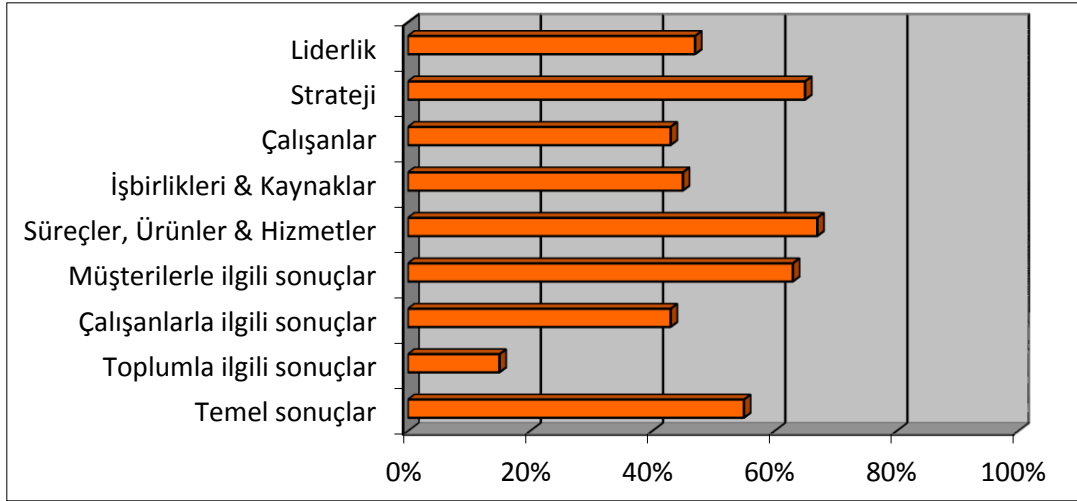
Şekil 16. Sait Çiftçi Devlet Hastanesi EFQM Kriterleri Örümcek Ağı Matrisi

Beşiktaş Sait Çiftçi Devlet Hastanesi'nin de en iyi alanlarının; Süreçler, Ürünler, Hizmetler kriteri olduğu, iyileştirmeye en açık alanının ise toplumla ilgili sonuçları olduğu görülmüştür. Stratejilerini EFQM MM değerlendirme kriterlerine göre sağlam temelli ve bütünlük olarak süreçlerine yansıtımları “Strateji” kriteri puanlandırmasına olumlu katkı sağlamıştır.

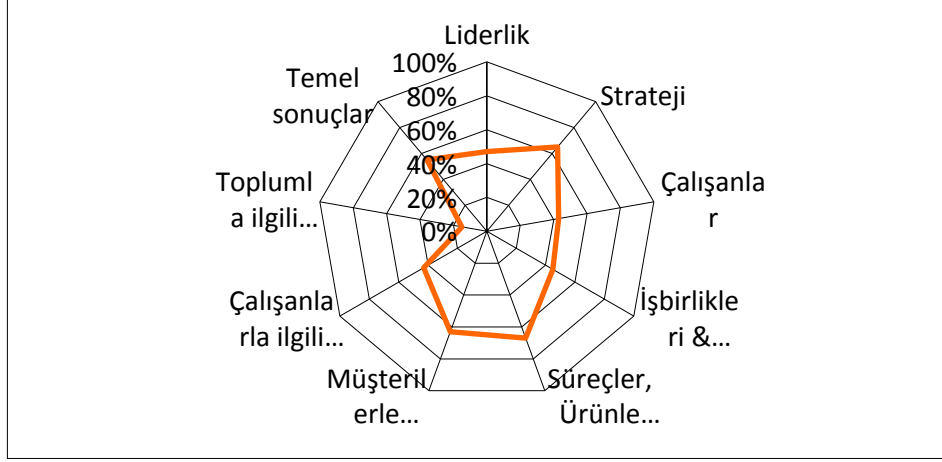
Üç hastanenin ortalamaları alındığında elde edilen bulgular aşağıdaki gibidir;

Tablo 46. Üç Hastanenin Ortalama EFQM Kriterleri Puanları

	Verilen Puan	EFQM Ağırlığı	Toplam
Liderlik	47%	10	28
Strateji	65%	10	39
Çalışanlar	43%	10	26
İşbirlikleri & Kaynaklar	45%	10	27
Süreçler, Ürünler & Hizmetler	67%	10	40
Müşterilerle ilgili sonuçlar	63%	15	57
Çalışanlarla ilgili sonuçlar	43%	10	26
Toplumla ilgili sonuçlar	15%	10	9
Temel sonuçlar	55%	15	50
Toplam			301



Şekil 17. Üç Hastanenin Ortalama EFQM Kriterlerini Karşılama Yüzdesi Grafiği



Şekil 18. Üç Hastanenin Ortalama EFQM Kriterleri Örümcek Ağı Matrisi

Gerek doküman incelemesi gerek betimsel analizler neticesinde 9 kriterin karşılaştırma sonuçlarının büyük oranda benzerlik gösterdiği görülmüştür. RADAR puanlandırmasında da betimsel analiz ve doküman incelemesinin karşılaştırılmasından elde edilen bulgulara büyük oranda benzer sonuçlara ulaşılmıştır. SKS Hastane V5'e kıyasla EFQM MM kriterlerinin gerek doküman analizi, gerek betimsel analiz, gerek RADAR Puanlandırmasına göre ne düzeyde karşılandığı aşağıdaki gibi özetlenebilir;

Liderlik kriteri; doküman incelemesinde “düşük/orta” seviyede; betimsel analizde “kısmen görülmekte” seviyesinde ve RADAR puanlandırmasında “düşük/orta” seviyede

Strateji kriteri; doküman incelemesinde “orta” seviyede ; betimsel analizde “görülmemekte” seviyesinde ve RADAR puanlandırmasında “orta” seviyede

Çalışanlar kriteri; doküman incelemesinde “düşük/orta” seviyede; betimsel analizde “kısmen görülmekte” seviyesinde ; ve RADAR puanlandırmasında “düşük/orta” seviyede

İşbirlikleri ve Kaynaklar; doküman incelemesinde “düşük/orta” seviyede; betimsel analizde “kısmen görülmekte” seviyesinde; RADAR puanlandırmada “düşük/orta” seviyede

Süreçler, Ürünler, Hizmetler kriteri; doküman incelemesinde “yüksek” seviyede; betimsel analizde “görülmemekte” seviyesinde; RADAR puanlandırmada “yüksek” seviyede

Müşterilerle İlgili Sonuçlar kriteri; doküman incelemesinde “orta” seviyede; betimsel analizde “görülmemekte” seviyesinde; RADAR puanlandırmada “orta” seviyede

Çalışanlarla İlgili Sonuçlar kriteri; doküman incelemesinde “düşük/orta” seviyede; betimsel analizde “kısmen görülmemekte” seviyesinde; RADAR puanlandırmada “düşük/orta” seviyede

Toplumla İlgili sonuçlar kriteri; doküman incelemesinde “görülmemekte” seviyesinde ; betimsel analizde “görülmemekte” seviyesinde ; RADAR puanlandırmada “görülmemekte” seviyesinde

İş Sonuçları kriteri; doküman incelemesinde “düşük” seviyede; betimsel analizde “görülmemekte” seviyesinde; RADAR puanlandırmada “orta” seviyede çıkmıştır.

Bu anlamda yapılan çalışmalar neticesinde bulguların birbirini desteklediği ve tutarlı olduğu görülmüştür. Araştırma sorularının cevaplarına ulaşılmış olup; kamu hastanelerinde yapılan kalite çalışmalarının iyi düzeyde kurgulanmakla birlikte opsiyonel standartların daha bütünsel bağlamda yer bulması gerektiği, alanda yaşanan uygulamalar açısından önemli iyileştirme alanları bulunduğu, kamu hastanelerinde uygulanan SKS Hastane V5’in EFQM MM puanlandırmasına göre Mükemmellikte Yetkinlik aşamasının ilk basamağında yer aldığı görülmüş olup, daha düşük SKS Hastane V5 puanı olan ve opsiyonel standartları değerlendirmeyen hastaneler için Mükemmellikte Kararlılık aşamasına denk gelen puanların alınabileceği tahminin yapılmasının olası olduğu, her iki modelin güçlü ve zayıf yönleri kıyaslandığında EFQM MM’nin üstünlüklerinin bulunduğu ve daha bütünsel bir performans değerlendirme aracı olduğu, her iki modelin liderliğin rolü açısından karşılaştırılmasının yapıldığında EFQM MM kriterlerinin Liderliğe daha fazla bütünsel açıdan baktığı ve kamu yöneticilerinin daha önce EFQM MM ile tanışmadıkları cevaplarına ulaşılmıştır.

Temel anlamda iki modelin ağırlıklı üzerinde durdukları konulara bakıldığında SKS Hastane V5’de kalite güvencesini sağlamak bağlamında süreçlerin belirlenmiş olan

standartlar çerçevesinde yürütölüp yürütölmediğine odaklanırken, EFQM MM standartların ötesine geçerek kalitenin bütöncöl bakış açısı ile yönetilmesi gereken bir olgu olduğunu vurgulamaktadır. Diğer bir ifadeyle, SKS Hastane V5 iş tanımları kapsamında oluşturulmuş standartları uygulamada daha yüksek puan verirken, sunulan hizmetin en üst düzeyde performans başarısı ile verilmesi yönünde gelişim göstermesi için; yenilik ve yaratıcılık, Ar-Ge, teknolojik unsurların bütönsel olarak tüm alanlarda değeriendirilmesi, tüm paydaşların adeta iş ortağı olarak süreç iyileştirme, geliştirme, hizmet tasarımı gibi konulara katılımlarını bütönsel bir yaklaşım ile tüm süreçlerine yayma, değeriendirme ve ölçme fırsatlarını yeterince değeriendirmemektedir. SKS Hastane V5’de 94-97 puan aralığı kurumlara tam olarak hangi alanlarda geliştirilmesi gereken süreçlerinin olduğu konusunda bir yol haritası sunmada EFQM MM’ne kıyasla daha sınırlı olduğu gözlenmiştir. Bu sınırlılık SKS Hastane V5’in denetimlerini yaparken büyük oranda hastanenin bütün birimlerini denetlemeyip belirli alanlarında denetimleri gerçekleştirmesinden kaynaklanmaktadır. Oysa, EFQM’in özdeğeriendirme aracı olan RADAR puanlandırma sistemi kuruma gelişim haritasını bütönsel olarak sunabilmektedir. RADAR puanlandırmasında yetkinlik seviyesi aşaması kurumlara gelişim haritası sunarken EFQM MM’de temel değerieler başlığı altında yer alan önermeleri kullanır, bu önermelerin girdi kriterleri ile bağlantısını oluşturur böylece yapılacak iyileştirmeler ile hangi sonuçların olumlu yönde değerişeceği ve gelişmesi gereken alanlar hakkında üst yönetime bir rapor sunar.

SKS Hastane V5’de 94-97 aralığında sonuç alan kurumlar açısından bakıldığında bu puanlandırma her şeyin çok iyi olduğu algısı yaratabilmekte ve geliştirilecek süreçlere yakından bakılması ve değeriendirilmesinde gereklilik bulunmadığı yönünde bir çıkarım verebilme potansiyeli göz önünde bulundurulduğunda iki puanlandırma sisteminin kriterleri açısından farklılık görölmektedir. SKS Hastane V5 strateji ve liderlik, çalışanlar, tedarikçilerle ilişkiler, toplumla ilişkiler, iş sonuçları bakımından opsiyonel uygulamalara sahipken EFQM MM bu uygulamaları kilit seviyede önemli görmektedir. Bu nedenle modellerin karşılaştırılması yapıldığında kurumun kalite odaklı yönetilmesi bağlamında bütönsel bir bakış açısı sunmada, girdi ve sonuç kriterleri arasında neden-sonuç ilişkisi kurmada, çevik yönetime vurgu yapmada, yenilik ve yaratıcılıktan yararlanmada, çalışanların sayesinde başarmada EFQM MM üstönlük sağlarken, SKS Hastane V5’in sağlık uygulamalarında ölçölmesi

gereken kriterlerin tanımlı olması bakımından standardizasyonun sağlanması için hazır reçeteler sunması, sağlık alanında kalite odaklı kurum kültürü oluşturmada etkin bir “yapılacaklar listesi” sunması bakımından üstünlüğü bulunmaktadır. İki modelin birbirini tamamlayıcı unsurları olması bakımından yönetilmesi bir çok zorluk içeren kompleks yapıdaki matris organizasyonlar olan hastanelerin yönetim çıkmazlarını aşmada bir sinerji yaratma potansiyeli olduğu görülmektedir. SKS Hastane V5 hastaneler için sürekli gelişmekte olan ve her an yeni uygulamalar ile karşı karşıya bulunan matris yapılanmalar olan hastaneler için yeni projeleri bir arada kullanma konusunda potansiyeli olmasına rağmen bir sinerji yaratmadığı görülmüştür. Örneğin Verimlilik Kriterleri, SKS Hastane V5 dışında ayrıca takip edilen bir standartlar zinciri olarak hastane uygulamalarında yerini almıştır. Halbuki her an yeni uygulamalar ile karşı karşıya kalan hastanelerin esnek ve sinerjik bir şekilde birden çok projeyi bünyesinde konumlandırabilme potansiyeli sağlayabilen kalite odaklı yönetim modellerine ihtiyacı vardır. Özellikle EFQM MM bu anlamda bu ihtiyaca cevap verebilecek potansiyele sahiptir. Nitekim Dünya Sağlık Örgütü “Sağlığı Teşvik Eden Hastaneler (STEHE)” projesini başlattığında ve bu projeyi 1993-1997 yılları arasında 11 Avrupa Ülkesi’nde ki 20 hastanede gerçekleştirdiğinde STEHE’in EFQM MM ve Dengeli Skor kartı ile yönetmesi konusu üzerinde durmuştur. Dünya Sağlık Örgütü’nün Immanuel Diakonie Grubu tarafından yürütülen pilot projesinde STEHE olgusunu bütünsel bakış açısı sağlayan kalite yönetim modellerinden olan EFQM MM ve Dengeli Sonuç Kartı ile nasıl kurumun kültürü ve yapısına entegre ettiğini detaylarıyla anlatmaktadır. Bu örnekler göstermektedir ki hastanelerin sürekli olarak değişen ve dönüşen sağlık uygulamaları kapsamında birden çok projeyi bir arada yürütmesini sağlayacak kalite yönetim modeli olarak en uygun model EFQM MM’dir (Hastanelerde Sağlığın Geliştirilmesi Kanıt ve Kalite Yönetimi, , Eylül 18, 2019 tarihinde <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/4110,kanitkalitepdf.pdf?0> sayfasından uyarlanmıştır). Bununla birlikte hastane yöneticilerinin EFQM MM kapsamında ele alınan Kalite Yönetimi ve modelin kendine özgü terimleri ile başa çıkılması noktasında bir takım zorlukları aşması gerekecektir. EFQM MM kapsamında yapılacak Kalite Yönetimi kuruluşun tüm çalışanlarına dolaylı olarak kendi işlerinin yanı sıra fazladan bir sorumluluk yükleyebilir. Bununla beraber kurumun tüm çalışanlarından analitik ve üst düzeyde bir eleştiri yeteneği isteyerek hastanelerin alışıldık “üstten” gelen direktifler

doğrultusunda çalışarak beklenileni yapan hiyerarşik yapısı ile çelişebilir ve bu durum bir takım zorluklar olarak görülebilir. Ancak uzun vadede EFQM Mükemmellik Modeli kurum çalışanlarında bilgi düzeyi ve katılımcılıkta artış ile beraberinde eleştirel beceri ve yeteneklerini olumlu şekilde kullanmayı sağlayacaktır. Bütün olarak bakıldığında EFQM MM zaman ve çaba gerektirecektir ama bu çaba Kalite Yönetiminin olması gerektiği düşünüldüğünde makul bir çabadır (Hastanelerde Sağlığın Geliştirilmesi Kanıt ve Kalite Yönetimi, , Eylül 18, 2019 tarihinde <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/4110,kanitkalitepdf.pdf?0> sayfasından uyarlanmıştır). Her ne kadar günümüzde mükemmellik modelini uygulayan bir kamu hastanesi olmasa da geçmişte uygulamış ve başarılı sonuçlar elde etmiş hastaneler bulunmaktadır. Bunlardan biri de Ankara’da bulunan Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Doğum Hastanesi’dir. 2003 yılında 8 yıldır EFQM Mükemmellik Modeli’ni uygulayarak eriştiği iş sonuçlarını açıklayarak kurumun yaklaşık olarak 7 milyon Türk Lirası kara geçtiğini belirtmiştir. Modelin uygulanmasıyla birlikte hastaların memnuniyet oranlarına paralel olarak tercih oranları artmış bu da yatak doluluk oranlarında hedeflenenin çok daha üstünde bir performans sağlamıştır. Özellikle kaynak yönetimi sayesinde israf etmeden kaynak yönetimini gerçekleştirebildiklerini, örneğin 40 bin Türk Lirası değerinde antibiyotik tasarrufu sağladıklarını kurum yetkilileri ifade etmiştir (“Mükemmellik Modeli 7 Trilyon Kara Geçirdi”, Eylül 18, 2019 /<https://www.medimagazin.com.tr/medimagazin/tr-mukemmellik-modeli-7-trilyon-kara-gecirdi-676-195-868.html> sayfasından uyarlanmıştır). Kurum günümüzde şehir hastaneleri kapsamına dahil edildiğinden modeli uygulamamaktadır.

Sonuç olarak; SKS Hastane V5’in süreç odaklı yaklaşım ile hasta ve çalışan güvenliği ve sağlığına yönelik standartları daha çok öne çıkardığını bu bağlamda daha operasyonel (taktiksel) bir strateji izlediğini söylemek mümkündür. Çalışan performansının belirlenmesi, geliştirilmesi ve iyileştirilmesi ile tüm paydaşlarını uygulamaya katarak süreçlerinde yenileşim, yaratıcılık, esneklik ve çeviklik kavramlarına neredeyse hiç değinmediği için bu alanların en zayıf alanları olduğunu söylemek mümkündür. Yapılan kıyaslama sonuçları Russell’in ISO ve EFQM karşılaştırmasını yaptığı çalışması ile büyük benzerlik göstermektedir. SKS Hastane V5’in ISQua ile akredite olduğu göz önünde bulundurduğunda ISO ‘nun temel yapısı bakımından SKS Hastane V5’in benzerlik göstermesi gerekçesiyle Russell’in çalışma

sonuçlarına yakın sonuçlar elde edildiği düşünülmektedir. Mükemmelliği hedeflemiş olan bir sağlık kurumunun ISQua akreditasyonu sağlamış olan SKS Hastane V5 standartları ile çok iyi bir başlangıç yapabileceğini, bu standartların mükemmellik yolculuğunda gerekli ve yararlı olduğunu ancak sadece standartların gerçekleştirilmesi ile mükemmelliğe ulaşamayacağını söylemek mümkündür. Bu açıdan kurumların kalite güvencesinden kalite yönetimine, başka bir deyişle ne yapıldığından çok nasıl yapıldığına odaklanılması ile mükemmelliğe doğru yapacakları yolculuklarında EFQM Mükemmellik Modeli gibi araçların daha bütünsel bir bakış açısı sağlama potansiyeli göz önünde bulundurarak standartların ötesine geçebilmeyi değerlendirmesi önerilebilir (Russell 2000, 663; EFQM Model Kitabı 2013; SKS Hastane V5). EFQM Mükemmellik Modeli girdi ve sonuç kriterleri dikkate alındığında iş kalitesini değerlendirmede kullanılabilecek en kapsamlı modeldir. Model iş kalitesini değerlendirmenin ötesinde daha üstün bir kalite anlayışının gelişmesinde sürekli iyileşmeye ilişkin bir garanti niteliği de sunmaktadır . Modelin içeriğinde yer alan öz-değerlendirme yöntemi ile kurumlar sistemli bir şekilde güçlü ve iyileştirilmesi gereken yanlarını fark eder ve kurumları hakkında bütünsel bir değerlendirme yapabilirler. Böylece mükemmellik yolculuğundaki ilerlemeler düzenli ve sistematik olarak ölçülebilir (Hastanelerde Sağlığın Geliştirilmesi Kanıt ve Kalite Yönetimi, , Eylül 18, 2019 tarihinde <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/4110,kanitkalitepdf.pdf?0> sayfasından uyarlanmıştır).

KAYNAKÇA

- Acar, O.K. (2018). Sağlıkta Dönüşüm Programı Sonrası Sağlık Bakanlığı Teşkilat Yapısı; Isparta İli Üzerinden Nitel Bir Analiz. *Manas Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 7(3), 703-722.
- Achilleos, M. ve Ioannou, G. (2000). The Development of an ISO 9000 Quality Management System to Meet the Requirements of the European Foundation for Quality Management (EFQM) Model - The Cyprus Telecommunications Authority's Case, *Mediterranean Electrotechnical Conference*, 1, 128-131.
- Adam, E.E., Flores, B.E. ve Macias, A. (2001). Quality Improvement Practices and The Effect On Manufacturing Firm Performance: Evidence From Mexico and USA, *Int. J. Prod. Res*, 39, 43-46
- Adamson, I. ve Shine, J. (2003). Extending The New Technology Acceptance Model To Measure The End User Information Systems Satisfaction In A Mandatory Environment: A Bank's Treasury, *Technology Analysis and Strategic Management*, 15(4), 441-455.
- Ajzen, I. ve Fishbein, M. (1980). Understanding Attitudes And Predicting Social Behaviour. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Aka, A. (2012). Neoliberal Dönüşümün Sağlıkta İzdüşümleri: Temel Sağlık Aktörlerince Bu İzdüşümlerin Algılanma Biçimleri. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 23(1), 167-186.
- Akao, Y. ve Kanri, H. (1991). Policy Deployment For Successful TQM, Productivity Press Inc., USA, 3.
- Akdağ, R. (2008). Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı İlerleme Raporu, T.C. Sağlık Bakanlığı Yayını, Ankara.

- Akıncı, F., Mollahaliloğlu, S., Gürsöz, H. ve Oğücü, F. (2012). Assessment of the Turkish Health Care System Reforms: A Stakeholder Analysis. *Health Policy*, 107(1), 21-30.
- Aktan, C.C. ve Işık, K. (2007). Sağlık Hizmetlerinde Devletin Değişen Rolü Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi, Aura Kitapları, İstanbul.
- Allee, V. (2000). The Value Evolution: Addressing Larger Implications of An Intellectual Capital and Intangibles Perspective, *Journal of Knowledge Management*, 1(1), 17-32.
- Alonso-Almeida, M.M. ve Fuentes-Frias, V.G. (2012). International Quality Awards and Excellence Quality Models Around The World. A Multidimensional Analysis. *Quality & Quantity*, 46(2), 599–626.
- Altay, S. (2007). Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi. *Sayıştay Dergisi*, 64, 33-58.
- Altunışık, R., Coşkun, R., Bayraktaroğlu, S. ve Yıldırım, E. (2010). Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri: SPSS Uygulamalı, 6.Baskı, Sakarya Yayıncılık, Sakarya.
- Annual Editions Management:97/98 (1997), Brown and Benchmark Pub, 5th edition, by Fred H. Maidment (editor).
- Arcelay, A., Sanchez, E., Hernandez, L. ve Inclan, G. (1999). Self-Assessment of all the Health Centres Of A Public Service Through the Euro-Pean Model Of Total Quality Management. *Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv*, 12, 54–58.
- Arturo, C.M., Leal, A. ve Roldan, L. (2005). Relationships between the EFQM Model Criteria: a Study in Spanish Universities, *Total Quality Management*, 16(6), 741-770.

- Asadzahed, S.M., Tanhaeean, M. ve Abdi, N. (2019), Recognizing Dissimilarities Between Resilience Engineering and EFQM Approaches to Ensure Safety in Hospitals, *Human Factors and Ergonomics in Manufacturing and Service Industries*, 29, 233–252.
- Ataay, F. (2008). Sağlık Reformu Ve Yurttaşlık Hakları. *Amme İdaresi Dergisi*, 41(3), 169-184.
- Atun, R., Aydın, S., Chakraborty, S., Sümer, S., Aran, M. ve Gürol, I. (2013). Universal Health Coverage in Turkey: Enhancement of Equity. *The Lancet*, 382(9886), 65-99.
- Avşar, S.T., Erdem, R. ve Akkaş, E. (2017). Evaluation of The Healthcare Transformation Programme in Turkey as a Strategy for Better Health. *Journal of International Health Sciences and Management*, 3(1), 11-19.
- Aydın, S., Demir, M., Güler, H., Demir, B. ve Yorgancılar, S. (2008). Sağlık Sistemi Yaklaşımı ile Kalite ve Güvenlik Stratejileri Geliştirme Kılavuzu, T.C. Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı, Ankara.
- Bakeman, R. ve Gottman, J.M. (1997). Observing Interaction: Introduction to Sequential Analysis, Cambridge University Press, Cambridge.
- Barney, J. (1991). Firm Resource and Sustained Competitive Advantage, *Journal of Management*, 17(1), 99-120.
- Başgelen, N. (2015). Nevali Çori/ Veba Vadisi'nden Göbekli Tepe'nin Dilek Ağacına: Klaus Schmidt, *Aktüel Arkeoloji Dergisi*, 46, 30-37.
- Başkale, H. (2016). Nitel Araştırmalarda Geçerlik, Güvenirlik ve Örneklem Büyüklüğünün Belirlenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 9(1), 23-28.

- Bayo-Mariones, A., Merino-Díaz-de-Cerio, J., Escamilla-de-León, S.A. ve Selvam, R.A. (2010). The Impact of ISO 9000 and EFQM on the use of Flexible Work Practices, *International Journal of Production Economics*, 130, 33–42.
- Bayo-Moriones, A., Merino-Díaz-de-Cerio, J., Escamilla-de-León, S. A. ve Selvam, R.M. (2007). The Impact of ISO 9000 and EFQM on the Use of Flexible Work Practices. *Int J. Production Economics*, 130(2011), 33-42.
- Bayram, N. (2013). Yapısal Eşitlik Modellemesine Giriş, Ezgi Kitabevi Yayınları, Ankara, 38-39.
- Becker, S. (1993), TQM Does Work: Ten Reasons Why Misguided Efforts Fail, *Management Review*, 82(5), 30–34.
- Berry, T.H. (1991). Managing The Total Quality Transformation, McGraw Hill Inc. USA, 12.
- Bıyık, E. ve Tekin, K. (2015). Sağlıkta Dönüşüm Programı'na ilişkin sağlık personelinin görüşlerinin karşılaştırılması. *Health Care*, 2(2), 103.
- Bohigas, L. ve Heaton, C. (2000). Methods for External Evaluation of Health Care Institutions. *International Journal for Quality in Health Care*, 12(3), 231-238.
- Borsos, G., Iacob, C.C. ve Calefariu, G. (2016). Modern Management – A Need Solution For Increasing The Competitiveness of Industrial Companies, Scientific Research and Education in The Air Force -Afases 2016.
- Bostan, S. (2009). Sağlıkta Dönüşüm Programının Hastane İşletmeleri Üzerindeki Değişim Etkisi, Doktora Tezi, Karadeniz Teknik Üniversitesi.
- Bostan, S. ve Ağa, G. (2019). Kamu Hastaneler Birliği Yapılanmasının Sağlık Hizmeti Sunum Süreçlerine Etkisinin Yönetici ve Çalışan Açısından Değerlendirilmesi. *İşletme Bilim Dergisi (JOBS)*, 7(1), 151-174.

- Bou-Llugar, J.C., Escrig-Tena, A.B., Roca-Puig, V. ve Beltrán-Martín, I. (2009). An Empirical Assessment of the EFQM Excellence Model: Evaluation as a TQM Framework Relative To the MBNQA, *Journal of Operations Management*, 27(1), 1–22.
- Breja, S.K., Banwet, D.K. ve Iyer, K.C. (2011). Quality Strategy for Transformation – a Case Study, *The TQM Journal*, 23(1), 5-20.
- Breja, S.K., Banwet, D.K. ve Iyer, K.C. (2016). Towards Sustainable Excellence: Strategic Analysis of Deming Prize Winning Companies. *The TQM Journal*, 28(3), 390-410.
- Budde, J. (2007). Performance Measure Congruity and the Balanced Scorecard, *Journal of Accounting Research*, 45(3), 515-539.
- Calvo-Mora, A., Picón-Berjoyo, A., Ruiz-Moreno, C. ve Cauzo-Bottala, L. (2015). Contextual and Mediation Analysis Between TQM Critical Factors and Organisational Results in the EFQM Excellence Model Framework. *International Journal of Production Research*, 53(7), 2186-2201.
- Cardinaels, E., Roodhooft, F. ve Van Herck, G. (2004). Divers of Cost Development in Hospitals: Results of a Survey”, *Health Policy*, 69, 239-252.
- Carlisle, H. (1976). Management Concepts and Situations, Sience Research Associates, Inc.
- Carlson, R.V. (1996). Reframing and Reform: Perspectives on Organization, Leadseship and School Change White Plains, Longman Publisher, New York.
- Carman, J.M. (2000). Patient Perceptions of Service Quality: Combining the Dimensions. *Journal of Management of Medicine*, 14(5/6), 339-356.
- Castilla, J.I.M. ve Ruiz, O.R. (2008). EFQM Model: Knowledge Governance and Competitive Advantage, *Journal of Intellectual Capital*, 9(1), 133-156.

- Chadee, D. ve Kumar, R. (2001). Sustaining the International Competitive Advantage of Asian Firms: A Conceptual Framework and Research Propositions, *Asia Pacific Journal of Management*, 18(4), 461-480.
- Chow-Chua, C. ve Goh, M. (2002). Framework for Evaluating Performance and Quality Improvement in Hospitals, *Managing Service Quality*, 12(1), 54-66.
- Cohen, L. ve Manion, L. (1994). Research Methods in Education, 4th Edition, Routledge, London.
- Committee on Quality of Health Care in America (2001). Institute of Medicine, Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century.
- Conti, T. (2006). Quality Thinking and Systems Thinking, *The TQM Magazine*, 18(3), 297-308.
- Creswell, J.W. (2003). Research Design: Qualitative, Quantitative and Mixed Methods Approaches, Sage Publications, California.
- Creswell, J.W. (2013). Nitel Araştırma Yöntemleri: Beş Yaklaşım Göre Nitel Araştırma ve Araştırma Deseni, 3. Baskı (Çev. M. Bütün ve S.B. Demir), Siyasal Kitabevi, Ankara.
- Croll, P. (1986). Systematic Classroom Observation, The Farmer Press, London.
- Cunliffe, A.L. (2008), Organization Theory, Sage Publications, London.
- Çağlayan, Ç. (2015). Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Çocuk Sağlığı. *Toplum ve Hekim*, 30(2), 127-140.
- Çakmak, T.F. (2014) İnanç Turizminin Turistik Destinasyon Pazarlamasındaki Yeri ve Önemi: Göbekli Tepe Örneği, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi.
- Çelik, Ö. (2018). Hastanelerde Uygulanan Sağlıkta Kalite Standartlarının Sağlık Hizmet kalitesi Üzerindeki etkisinin Belirlenmesi: Konya Örneği, Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi.

- Çelikay, F. ve Gümüş, E. (2011). Sağlıkta Dönüşümün Ampirik Analizi. *Journal of the Faculty of Political Science*, 66(3), 55-92.
- Çetin, C., Akın, B. ve Erol, V. (2001). Toplam Kalite Yönetimi ve Kalite Güvence Sistemi (ISO 9000-2000 Revizyonu İlke, Süreç, Uygulama), Beta Basım, İstanbul.
- Daft, R.L. (2007). *Organization Theory and Design*, Ninth Edition, Vanderbilt University, Tennessee.
- Daft, R.L. (2008). *New Era of Management*, Second Edition, Thomson South-Western Publisher, United States.
- Dahlgaard, J.J., Pettersen, J. ve Dahlgaard-Park, S.M. (2011), Quality and Lean Health Care: A System for Assessing and Improving the Health of Healthcare Organisations *Total Quality Management and Business Excellence*, 22(6):1-17.
- Dahlgaard-Park, S. (2008). Reviewing the European Excellence Model From a Management Control View, *The TQM Journal*, 20(2), 98–119.
- Daştan, İ. ve Çetinkaya, V. (2015). OECD Ülkeleri ve Türkiye'nin Sağlık Sistemleri, Sağlık Harcamaları ve Sağlık Göstergeleri. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 5(1), 104-134.
- Davies, J. (2008). Integration: Is it the Key to Effective Implementation of the EFQM Excellence Model?, *International Journal of Quality & Reliability Management*, 25(4), 383–399.
- Davies, J., Douglas, A. ve Douglas, J. (2007). The Effect of Academic Culture on the Implementation of the EFQM Excellence Model in UK Universities. *Quality Assurance in Education: An International Perspective*, 15(4), 382–401.

- Değer, Ç. 2012. Kano Modeli ile bütünleştirilmiş Servqual Analizinin Kalite Fonksiyon Yayılımına Uygulanarak Hizmet Kalitesinin İyileştirilmesi ve Bir sağlık Kuruluşunda Uygulanması, Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi.
- Department of Health (1997). A First Class Service – Quality in The New NHS, Department of Health, London.
- Devebakan, N. (2005), Sağlık İşletmelerinde Algılanan hizmet Kalitesi ve Ölçümü, Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi.
- Doeleman, H.J., Have, S. ve Ahaus, C.T.B. (2014). Empirical Evidence on Applying the European Foundation for Quality Management Excellence Model, *A Literature Review*, 25(5), 439-460.
- Donedebian, A. (1980). Explorations in Quality Assessment and Monitoring, The Definitions of Quality and Approaches to Its Assessment, Health Administration Press, Michigan.
- Donabedian, A. (1988). The Quality of Care: How Can It Be Assessed?, *JAMA*, 260(12), 1743-1748.
- Donabedian, A. (1990). The Seven Pillars of Quality, *Archives of Pathology and Laboratory Medicine*, 114, 1115-1119..
- Drucker, P.F. (1986). Management: Tasks, Responsibilities, Practices, Truman Taley Books.
- Drucker, P. (2000). Management Challenges for the 21st Century, *Sounview Executive Book Summaries*, 22(1), 1-8.
- Du, G., Yuan, J., Miao, F., Wei, P. (2017). Effectiveness of Design Process of Education Quality Assurance System based on EFQM Model., *Eurasia Journal of Mathematics, Science and Technology Education*, 13(12), 8205-8211.

Dünya Sağlık Örgütü, (1996), Ljubljana Bildirgesi, Mayıs 19, 2019 tarihinde www.who.int sayfasından uyarlanmıştır.

Edwards Deming, W. (1993). *The New Economics for Industry, Government and Education*, MIT Press, Cambridge, Mass.

Easton, G.S. ve Jarrel, S.L. (1998). The Effects Of Total Quality Management on Corporate Performance: An Empirical Investigation, *Journal of Business*, 71(2), 253-307.

Efil, İ. (2010). *Toplam Kalite Yönetimi*, 7. Baskı, Dora Yayınevi, Bursa.

Eisner, W. ve Peshkin, A. *Qualitative inquiry in education: The continuing debate* (s.201-232). New York: Teachers College Press.

Ely, M., Anzul, M., Friedman, T., Garner, D. ve Steinmetz, A.C. (1991). *Doing Qualitative Research: Circles Within Circles*, Falmer Press, New York.

Eren, N. (1996). *Çağlar Boyunca Toplum, Sağlık ve İnsan*, Somgür Yayıncılık Ankara.

Erol, H. ve Özdemir, A. (2014). Türkiye’de Sağlık Reformları ve Sağlık Harcamalarının Değerlendirilmesi. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 4(1), 9-34.

Eskildsen, J.K., Kristensen, K. ve Juhl, H.J. (2002). Trends in EFQM Criterion Weights; the Case of DENMARK 1998–2001, *Measuring Business Excellence*, 6(2), 22–28.

Etiler, N. (2015). Neoliberal Politikalar ve Sağlık Emek Gücü Üzerindeki Etkileri. *Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi (MSG)*, 11(42). 1-11.

Favaretti, C., De Pieri, P., Torri, E., Guarrera, G., Fontana, F., Debiasi, F. ve Flor, L.(2015). An EFQM Excellence Model for Integrated Healthcare Governance, *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 28(2), 156-172.

- Ferrándiz Santos, J.A., Pardo Hernández, A., Navarro Royo, C., Moreno Maté, E. ve Prados Roa, F. (2018). EFQM Model In The Hospitals Of Madrid Regional Health Service: Full Self-Assessment Cycle, *Journal of Healthcare Quality Research*, 33(5), 298-304.
- Filiz, Y. (2010). Ekonomik Büyüme ve Sağlık Harcamaları İlişkisi, Yüksek Lisans Tezi, Atılım Üniversitesi.
- Fonseca, L.M.G. (2015). Relationship Between ISO 9001 Certification Maturity and EFQM Business Excellence Model Results, *Quality Innovation Prosperity*, 19(1), 85-102.
- Garvin, D.A. (1987). Competing in the Eight Dimensions of Quality, *Harvard Business Review*, 87(6), 101–109
- Garvin, D.A. (1991). How the Baldrige Award Really Works, *Harvard Business Review*, /Nov-Dec) 80-95,
- Gené-Badia, J., Jodar-Solà, G., Peguero Rodríguez, E., Contel-Segura, J.C. ve Moliner-Molins, C. (2001). The EFQM Excellence Model is Useful for Primary Health Care Teams, *Family Practice*, 18(4), 407–409.
- George, C., Cooper, F. ve Douglas, A. (2003). Implementing the EFQM excellence model in a Local Authority, *Managerial Auditing Journal*, 18(2), 122-127.
- Geray, H. (2006). Toplumsal Araştırmalarda Nicel ve Nitel Yöntemlere Giriş, Siyasal Kitabevi ,Ankara.
- Godiwalla, Y.H., Batra, H.C., Johnson, J.A. ve Charleston, C. (1997). Managing Hospitals in Dynamic Environments. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 10(5), 202–207.
- Gopalakrishna, P. ve Chandra, M. (1998). Malcolm Baldrige, Deming Prize and European Quality Awards: A review and Synthesis, Handbook of Total Quality Management, Publishers, London.

- Göler, M.E. (2016). Anadolu'nun İlk Tapınağı, Yüksek Lisans Tezi, Yıldırım Beyazıt Üniversitesi.
- Graham, O.N. (1995). Quality Trends in Health Care, Quality in Health Care, Theory Application and Evolution, (Ed. N.O.Graham), Aspen Publishers, Inc., Maryland.
- Grant, E.L. (1964). Statistical Quality Control International Student Edition, John Wiley & Sons, Inc., New Jersey, 35-36.
- Grant, R., Shani, R. ve Krishnan, R. (1994). TQM's Challenge to Management Theory and Practice, *Sloan Management Review/Winter*, 35(2), 25-35.
- Guba, E.G. ve Lincoln, Y.S. (1994). Competing Paradigms in Qualitative Research, (Ed. N.K. Denzin ve Y.S. Lincoln), Handbook of Qualitative Research, 109, Thousand Oaks, CA: Sage..
- Guba, E. ve Lincoln, Y. (1986). Fourth Generation Evaluation. Sage: Thousand Oaks.
- Gupta, A. (1995). Productivity Measurement in Service Operations: A Case Study From The Healthcare Environment, *Managing Service Quality*, 5(5), 31–35.
- Gupta, R.K. ve Awasthy, R. (2015) Qualitative Research in Management: Methods and Experiences, Sage Publications Inc Thousand Oaks, California, USA
- Gutiérrez, L.G., Torres, J.T. ve Morales, V.J.G. (2010). Un Estudio Empírico Del Impacto de Las Iniciativas Actuales De Gestión De La Calidad Sobre La Innovación y Flexibilidad Organizativa. *Revista Española de Financiación y Contabilidad*, 39(148), 677–709.
- Güngören, M., Orhan, F. ve Kurutkan, N. (2013). Mikro Rekabetçilikte Yeni Yaklaşımlar: Hastanelerde Oluşan Etik İklimin Kalite ve Akreditasyon açısından Değerlendirilmesi. *Süleyman Demirel Üni. İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 18(1) 221-241.

- Gürlek, B. ve Gürol, M.A. (1993). Kaliteye Giden Yolda Etik Yapının Rol, *D.E.Ü. İ. B. Fakültesi Dergisi*, 8(1), 192-203.
- Hardjono, T.W., Ten Have, S. ve Ten Have, W.D. (1997). Mükemmele Ulaşmanın Yolları, (Entra Dil Hizmetleri), İpek Kağıt San. ve Tic. A.Ş., İstanbul.
- Hastane Roller, Sağlık Bölge Planlaması hakkında Genelge ile Hastane Yatak ve Roller tescil Onayı 2010/50, Ağustos 31, 2019 tarihinde, <https://www.saglik.gov.tr/TR,11024/saglik-bolge-planlamasi-hakkinda-genelge-ile-hastane-yatak-ve-rolleri-tescil-onayi-201050.html> sayfasından uyarlanmıştır.
- Hastanelerde Sağlığın Geliştirilmesi Kanıt ve Kalite Yönetimi, , Eylül 18, 2019 tarihinde <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/4110,kanitkalitepdf.pdf?0> sayfasından uyarlanmıştır.
- Hemsworth, D. (2016). An Empirical Assessment Of The EFQM Excellence Model In Purchasing, *International Business & Economics Research Journal*, 15(4),127-146.
- Heras-Saizarbitoria, I.H.S., Casadesu's, M. ve Marimo'n, F. (2011). The Impact of ISO 9001 Standard and the EFQM Model: The View of the Assessors, *Total Quality Management*, 22(2), 197–218.
- Heras-Saizarbitoria, I.H.S., Casadesu's, M. ve Marimo'n, F. (2011). The Impact of ISO 9001 Standard and the EFQM Model: The View of the Assessors. *Total Quality Management*, 22(2), 197–218.
- Hitt, M., Ireland, D. ve Hoskisson, R. (1995), Strategic Management, West Pub. Col., 147.
- Holloway, I. ve Wheeler, S. (1996). Qualitative Research for Nurses, Blackwell Science, Oxford.
- Houser, J. (2015). Nursing Research: Reading, Using, and Creating Evidence, 3rd Edition, Jones and Bartlett Learning, Burlington.

- <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/3801,sks-isiginda-saglikta-kalite-cilt-1pdf.pdf?0> (2012), SKS Işığında Sağlıkta Kalite, 1. Cilt 2012. Ağustos 5, 2019 tarihinde uyarlanmıştır.
- Husain, N., Abdullah, M., Idris, F. ve Sagır, R.M. (2001). The Malaysian Total Performance Excellence Model: A Conceptual Framework, *Total Quality Management*, 12(7/8), 926-931.
- Huse, E. ve Bowditch, J. (1977), Behavior in Organizations: A Systems Approach to Managing, 2nd Edition, Addison- Wesley, United States.
- Ilieş, L., Salagean, H., C. ve Beileu, I. (2017). The Impact of Quality Culture and Leadership on Customer Relationship in Organization Industry, *Amfiteatru Economic*, 19 (11), 1050-1063.
- Immegart, G. ve Pilecki, F. (1979). An Introduction to System for the Educational Administrator, Harey Publications, Nigeria.
- Institute of Medicine (2001). Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century, Summary, Shaping the Future for Health, 1-8
- IOM. (2003). Key Capabilities of an Electronic Health Record System Letter Report, National Academy of Sciences, USA.
- Ioncică, M., Negoită, I.M., Petrescu, E.C. ve Ioncică, D. (2009). Using the European Model of Total Quality Management to Assess the Performance of Organisations. Case Study on Educational Services, *Amfiteatru Economic*, 11(26),402-411.
- İpekten, O.B. ve Kutlu, H.A. (2003). Üretim İşletmelerinde İçsel Başarısızlık Maliyetlerinin ağırlığı, *Atatürk Üniversitesi İ.İ.B.F Dergisi*, 17(3-4), 367-380.
- James, P. (1996). Total Quality Management: An Introductory Text, Prentice Hall, London.

Jankal, R. ve Jankalova M. (2015). The Application of The EFQM Excellence Model by the Evaluation of Corporate Social Responsibility Activities of Companies, 3rd Global Conference on Business, Economics, Management and Tourism, Procedia Economics and Finance, 26-28 November, Rome, Italy, 39, 660–667.

JCI, For our comprehensive history from 1910 through 2018, See the Joint Commission: Over A Century Of Quality and Safety, Ağustos 5, 2019 tarihinde https://jntcm.admin.com/assets/1/6/TJC_history_timeline_through_2018.pdf sayfasından uyarlanmıştır.

Johnsen, C.G. (2016). Romanticizing The Market: Jean-Jacques Rousseau and The Pedagogy of Post-Bureaucratic Management, *Culture and Organization*, 22(1), 88-105.

JUSE, Union of Japanese Scientists and Engineers, Mayıs 19, 2019 tarihinde http://www.juse.or.jp/upload/files/DP_Introduction_of_the_Deming_Prize2019.pdf sayfasından uyarlanmıştır.

Kalder, Mükemmellikte Tanıma Programı Küresel Rol Model Olmak, Temmuz 23, 2019 tarihinde, http://www.kalder.org/efqm_mukemmellikte_tanima_programi, sayfasından uyarlanmıştır.

Kahn, D. L. (1993). Ways Of Discussing Validity In Qualitative Nursing Research. *Western Journal of Nursing Research*, 15, 122-126.

Kanji, G.K. (2002), Performance Measurement System, *Total Quality Management*, 13(5), 715-728.

Kanji, G.K. ve Moura, P. (2001). Kanji's Business Scorecard, *Total Quality Management*, 12(7), 898-905.

Kaplan, S.R. ve Norton, P.D. (1992). The Balanced Scorecard Measures That Drive Performance., *Harvard Business Review*, 71-79.

- Kaplan, S.R. ve Norton, P.D. (1996). Linking the Balanced Scorecard to Strategy, *California Management Review*, 39(1), 53-79.
- Kaplan, R.S. ve Norton, D. P. (2001). The Strategy-Focussed Organization, Harvard Business School Publishing, Boston , MA, 411.
- Kaplan, S.R. ve Norton, P.D. (2003). Şirket Stratejisini Eyleme Dönüştürmek, (Çev: S. Egeli), Sistem Yayıncılık, İstanbul, 2003.
- Kasapoğlu, A. (2016). Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Dönüşümü. *Sosyoloji Araştırmalar Dergisi*, 19(2), 131-174.
- Kaya, S. (2003). Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi: Çeşitli Ülkelerdeki Uygulamalara Genel Bir Bakış, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, Ağustos 5, 2019 tarihinde <http://web.firat.edu.tr/shmyo/edergi/ciltikisayialti/aslantekinveark6.pdf> sayfasından uyarlanmıştır.
- Kaya, S., Özgür, Ü., Aşkar, D. ve Reyhani, M. (2007). Konfeksiyon Sektörü için ISO 9000:2000 ve EFQM Mükemmellik Modeli’nin Karşılaştırılması, *Tekstil ve Konfeksiyon*, 4, 273-278.
- Kaya S. (2005). Sağlık Hizmetlerinde Sürekli Kalite İyileştirme, Pelikan Tıp ve Teknik Kitapçılık Ltd. Şti., Ankara.
- Kaya, S. (2005). Sağlık Hizmetlerinde Sürekli Kalite Geliştirme, Pelikan Yayınları, Ankara.
- Kaya, S., Tengilimoğlu, D., Işık, O., Akbolat, M. ve Yılmaz, A. (2013). Sağlık Kurumlarında Kalite Yönetimi, (Ed. S. Kaya), T.C. Anadolu Üniversitesi Yayını, Açıköğretim Fakültesi Yayını. Anadolu Üniversitesi, Eskişehir.
- Kerman, U. ve Eke, E. (2014). Sosyal Devletten Neoliberal Devlete Türk Sağlık Sektöründeki Paydaşların Sağlıkta Dönüşüm Algısı. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 19(1), 65-80.

- Kırılmaz, H., Bağış, M., Salim, B. ve Şimşir, İ. (2015). Sağlık Yöneticilerinin Değişim Sürecine Bakış Açılarını Belirlemeye Yönelik Bir Araştırma. *Uluslararası Yönetim İktisat ve İşletme Dergisi*, 11(25), 91-113.
- Kirkman-Liff, B.L., Huijsman, R., van der Grintenb, T. ve Greg B. (1997). Hospital Adaptation To Risk-Bearing: Managerial Implications of Changes in Purchaser-Provider Contracting, *Health Policy*, 39, 207-223.
- Koçak, O. ve Tiryaki, D. (2011). Sosyal Devlet Anlayışında Sağlık Politikalarının Önemi ve Sağlıkta Dönüşüm Programının Değerlendirilmesi: Yalova Örneği. *İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 19, 55-88.
- Koçel, T. (2015). İşletme Yöneticiliği, 16. Baskı, Beta Basım Yayım, İstanbul.
- Konrad Adenauer Foundation. (2001). Quality Assurance System For SME's. Ofset Fotomat, Ankara, 123.
- Küçük, O. (2013). Toplam Kalite Yönetimi “Toplam Kalite Yönetimi (TKY)-Sınırsız İyileşme-EFQM Mükemmellik Modeli”, 2. Baskı, Seçkin Yayıncılık, Ankara.
- Küçükaksu, C.Ü., Yarıcı, T. ve Mahmutoglu, L. (2004). Sağlık Hizmetlerinde Kalite Deneyimi. *Hastane Yaşam Dergisi*, 1(1).
- Kvale, S. (1996). Interviews: An Introduction To Qualitative Research Interviewing, Sage Publications, Thousand Oaks.
- Lalonda, B.I.D. (1982). Quality Assurance, (Ed. M.J. Austin ve E.H. Willism), Handbook on Mental Health Administration, 352-75, San Francisco: Jossey-Bass.
- Laszlo G. (1999). Implementing a Quality Management Program three Cs of Success: Commitment, Culture, Cost, *The TQM Magazine*, 11, 231-237.
- Lee, Y.S. (2018). Modern Management and the Demand for Technical Skill, *Labour Economics*, 55, 328-343.

- Legido, Quigley, H., Mckee, M., Walshe, K., Sunol, R., Nolte, E. ve Klazinga, N. (2008). How Can Quality of Health Care Be Safeguarded Across The European Union?. *BMJ*, 336(7650) 920-3.
- Lincoln, Y.S. ve Guba, E.G. (1985). *Naturalistik İnguiry*, Sage Publications, Newbury Park.
- Lincoln, Y.S. ve Guba, E.G. (1986). But Is It Rigorous? Trustworthiness and Authenticity in Naturalistic Evaluation, (Ed. D.D. Williams), *New Directions for Program Evaluation* 30 (summer):73-84, Naturalistic Evaluation, Jossey-Bass, San Francisco.
- Lionis, I. ve Kougioumitzaki, O. (2008). The Identification, Analysis and Comparison of Different Ways and Approaches in Measuring and Evaluation of Organizational Excellence, 11th QMOD Conference. Quality Management and Organizational Development Attaining Sustainability From Organizational Excellence to Sustainable Excellence, 20-22 August, Helsingborg, Sweden, 379-394.
- Maslow, A.H. (1943). A Theory of Human Motivation, *Psychological Review*, 50, 370-396.
- Maxwell, R.J. (1992). Dimensions of Quality Revisited: From Thought To Action, *Quality in Health Care*, 1(3), 171-177.
- McAuley, J., Duberley, J. ve Johnson, P. (2007). *Organization Theory: Challenges and Perspectives*, Prentice Hall, London.
- McCracken, G. (1988). *The long İnterview*, Sage Publications, Newbury Park.
- Merriam, S.B. (2013). *Nitel Araştırma Desen ve Uygulama İçin Bir Rehber* (Çev: S. Turan), Nobel Yayıncılık, Ankara.
- Miles, R., Snow, C., Meyer, A. ve Coleman J.R.H. (1978). Organizational Strategy, Structure and Process, *Academy of Management Review*, 546-562.

- Micheal, K. (1978). Acontingency Framework for Performance for Performance Evolution, *Academy of Management Review*, 3(3), 428-438.
- Miles, M.B. ve Huberman, A.M. (1994). Qualitative Data Analysis: An Expanded Sourcebook, SAGE Publications, Thousand Oaks.
- Miles, M.B. ve Huberman, A.M. (2016). Nitel Veri Analizi, 2. Baskı (Çev. S. Akbaba ve A. Ersoy), PEGEM Akademi, Ankara.
- Mintzberg, H. (1979). An Emerging Strategy of “Direct Research”, *Administrative Science Quarterly*, 24(4), 582–589.
- Mirze, K. (2010). İşletme, Literatür Yayıncılık, İstanbul.
- Moeller, J., Breinlinger-O'Reilly, J. ve John Elser, J. (2000). Quality Management in German Health Care – the EFQM Excellence Model, *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 13(6), 254-258.
- Montgomery, D.C. (2009). Introduction to Statistical Quality Control, John Wiley & Sons, Inc., New Jersey, 4-5.
- Moreno-Rodriguez J.M., Cabrerizo, F.J., Pérez I.J., Martinez M.A. (2013). A Consensus Support Model Based on Linguistic Information for the Initial-Self Assessment of the EFQM in Health Care Organizations, *Expert Systems With Applications*, 40, 2792–2798.
- Nabitz, U., Klazinga, N. ve Walburg, J. (2000). The EFQM Excellence Model: European and Dutch Experiences With The EFQM Approach in Health Care. *International Journal of Quality in Health Care*, 12(3), 191–201.
- Nabitz, U., Severens, P., Van der Brink, W. ve Jansen, P. (2001). Improving the EFQM Model: An Empirical Study On Model Development and Theory Building Using Concept Mapping, *Total Quality Management*, 12(1), 69–81.

- Nabitz, U.W. ve Klazinga, N. (1999). EFQM Approach and the Dutch Quality Award. *Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv*, 12, 65–70.
- Naranjo-Gil, D. ve Hartmann, F. (2007). How CEOs Use Management Information Systems For Strategy Implementation in Hospitals, *Health Policy*, 81, 29–41.
- Naveh, E. ve Stern, Z. (2005), “How quality improvement programs can affect general hospital performance”, *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 18 (4): 249-270.
- Neely, A. (1999). The Performance Measurement Revolution: Why Now and Why Next, *International Journal of Operations and Production Management*, 19(2), 205-228.
- Oakland, J., Redman, T. ve Grievess, J. (1999). Managing Strategic Change Through TQM: Learning From Failure, *New Technology, Work and Employment*, 14(1), 45-61.
- Oakland, J.S. (1999), *Total Organizational Excellence: Achieving World-class Performance*, Butterworth-Heinemann, Oxford.
- OECD, (2008). OECD Reviews of Health Systems-Turkey: The Performance of the Turkish Health System and its Determinants, Temmuz 31, 2019 tarihinde, [http://www.oecd.org/document/60/0 3746,en_2649_33929_42235452_1_1_1_1,00.html](http://www.oecd.org/document/60/0,3746,en_2649_33929_42235452_1_1_1_1,00.html) sayfasından uyarlanmıştır.
- Orlans, H. (1975). Neutrality and Advocacy in Policy Research, *Policy Sciences*, 6, 107-119.
- Ovretveit, J. (1998). *Health Service Quality: An Introduction to Quality Methods for Health Services*, Blackwell Science, Oxford.
- Ökmen, Ö. ve Dönmez, D. (2005). *Yönetmel ve Organizasyonel Yapı Açısından Kamu Kurumlarında Mükemmellik*, 1. Baskı, Kalder Yayınları, İstanbul.

- Özdemir, M. (2010). Nitel Veri Analizi: Sosyal Bilimlerde Yöntem Bilim Sorunsalı Üzerine Bir Çalışma, *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 11(1).
- Özevren, M. (1997). Toplam Kalite Yönetimi Temel Kavramlar ve Uygulamaları, Alfa Yayınevi, İstanbul.
- Özveri, O. Kayışkan, D. Dağ, S., Arslan, B. ve Hisar, A., (2018). Sağlıkta Performans Sisteminin Hekimler Tarafından Değerlendirilmesi. *Hukuk ve İktisad Araştırmalar Dergisi*, 10(2), 18-29.
- Pala, K. (2003). Dünya Bankası'nın Türkiye İçin Sağlık Politikası ve Genel Sağlık Sigortası. *Toplum ve Hekim*, 18(2), 115-119.
- Pala, K. (2015). Sağlıkta Dönüşüm Programının Toplum Sağlığı Göstergeleri Açısından Performansı. *Toplum ve Hekim*, 30(2), 141-149.
- Pamela S.L., Goodman S.H. ve Fandt, P.M. (1998). Management: Challenges in the 21st Century, South Western College Publishing, Paul Minn.
- Patton, M.Q. (1990). Qualitative Evalutain an Research Methods, (2nd Edition), Sage Publications, London
- Patton, M.Q. (2018). Nitel Araştırma ve Değerlendirme Yöntemleri, (Çev: M. Bütün ve S.B. Demir), Pegem Akademi, Ankara.
- Peker, Ö. (2000). Yönetimde Değişme ve Gelişmeler, *Sayıştay Dergisi*, 11(36), 3-24.
- Pekten, A. (2006). Genel Sağlık Sigortası Sistemi ve Getirdiği Yenilikler. *Sayıştay Dergisi*, 61, 119-138.
- Performans Yönetimi Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı, Hastanelerde Sağlığın Geliştirilmesi Kanıt ve Kalite Yönetimi : Ülke Politikaları, Sistemleri ve Sağlık Hizmetleri Ülke Desteği Bölümü Dünya Sağlık Örgütü – Avrupa Bölge Ofisi, Temmuz 23, 2019 tarihinde

<https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/4110,kanitkalitepdf.pdf?0>,
sayfasından uyarlanmıştır.

- Rahman, S. (2004). The Future of TQM is past. Can TQM Be Resurrected?, *Total Quality Management*, 15(4), 411–422.
- Ramanathan, R. (2005), Operations Assessment of Hospitals in the Sultanate of Oman, *International Journal of Operations&Production Management*, 25(1), 39-54.
- Ramirez Valdivia, M.T. ve Crowe, T.J. (1997). Achieving Hospital Operating Objectives in the Light of Patient Preferences, *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 10(5), 208–212.
- Reger, R.K., Gustafson, L.T., Demarie, S.M. ve Mullane, J.V. (1994), Reframing the Organisation: Why Implementing Total Quality is Easier Said Than Done, *Academy of Management Review*, 19(3), 565–584.
- Robbins, S.P. (1976). The Administrative Process, Integrating Theory and Practice, Prentice – Hall.
- Robson, C. (1993). Real World Research, Blackwell Publiser, Oxford.
- Rodriguez-Balo, A. ve Ferrandiz-Santos, J. (2004). Integration of the EFQM Model and the Hoshin Kanri Deployment in a Primary Care Area. *Rev Calidad Asistencial*, 19, 45–52.
- Rose, R.C.J., Uli, A., Mohani, K. ve Looi, N.G. (2004). Hospital Service Quality: A Managerial Challenge, *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 17(3), 146-159.
- Rubin, H.J. ve Rubin, I.S. (1995). Qualitative Interviewing: The Art of Hearing Data. Sage Publications, Thousand Oaks
- Russell, S. (2000). ISO 9000: 2000 and the EFQM Excellence Model: competition or co-operation?, *Total Quality Management*, 11(4/5&6), 657-665.

- Sağlık Bakanlığı (2003), Sağlıkta Dönüşüm Projesi Konsept Notu, Personel Yönetim Daire Başkanlığı, Ankara.
- Sağlık Bakanlığı (2012), Sağlıkta Dönüşüm Programı, Personel Yönetim Daire Başkanlığı, Ankara.
- Sağlık Bakanlığı (2012). Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu (2003-2011). Sağlık Bakanlığı, Ankara.
- Sağlıkta Verimlilik, Sağlıkta Kalite Standartları, Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, Ağustos 5, 2019 tarihinde <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/3460,skshastanesetiv5r1pdf.pdf?0> sayfasından uyarlanmıştır.
- Sánchez, E., Letona, J., González, R., Garcia, M., Darpon, J. ve Garay, J.I. (2006). A Descriptive Study of The Implementation of The EFQM Excellence Model and Underlying Tools in The Basque Health Service. *International Journal of Quality in Health Care*, 18(1), 58–65.
- Sarp, N. (2014). Toplam Kalite Yönetimi Uygulamaları, Siyasal Kitabevi, Ankara.
- Schmidt, K. (2007). Göbekli Tepe , Türkiye’de Neolitik Dönem, (Ed. N. Başgelen ve M. Özdoğan), Arkeoloji ve Sanat Yayınları, İstanbul.
- Schofield, J. W. (1990). Increasing the Generalizability of Qualitative Research. W.
- Schyve, P. M. (2000). The evolution of external quality evaluation: observations from the Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. *International Journal for Quality in Health Care*, 12(3), 255–258.
- Seidman, İ.E., 1991, Interviewins as Qualitative Research: A Guide for Researchers in Education and the Social Sciences, Teachers College Press, New York.
- Sevinç, İ. ve Özer, K. (2016). Studies of Restructuring in Ministry of Health in the Context of New Public Administration. *International Journal of Social Sciences and Education Research*, 2(4), 1373-1387

- Shafritz, J. M. ve Hyde, A.C. (1978). Classics of Public Administration (Illinois:Moore Publishing Co..
- Shafritz, J.M., Ott, J.S. ve Jang, Y.S. (2015). Classic of Organization, 8nd. Ed. Cengage Learning.
- Sharts-Hopko, N. C. (2002). Assessing Rigor in Qualitative Research. *Journal of the Association of Nurses In Aids Care*, 13 (4), 84-86.
- Sheppard, G. (1998). Revival Tactics', *Personnel Today*, 53–58.
- Shetty, V.K. ve Buehler, V. (1988). Competing Through Productivity and Quality, Productivity Press, Hardcover – Import, 99-100.
- Shipon, D.M. ve Nash, D.B. (2000). Quality in Health Care: What Are The Problems and What Are The Solutions?. *Texas Medicine*, 96, 61-5.
- Silverman, D. (2013). Doing Qualitative Research: A Practical Handbook 4th Edition, Sage Publications, Thousand Oaks.
- Skinner, W. (1969). Competitive Strategy Manufacturing – Missing Link in Corporate Strategy, Mayıs 4, 2019 tarihinde <https://hbr.org/1969/05/manufacturing-missing-link-in-corporate-strategy> sayfasından uyarlanmıştır.
- Slavica, T., Ljubica, K. ve Jelena, J. (2017). The Modern Concept of Measuring Efficiency - Implementation and Attitudes of BSC, *TEM Journal*, 6(3), 525-533.
- Spencer, L.M. ve Spencer, S.M. (1993). Competence at Work: Models for Superior Performance, New York: Wiley.
- Stancu, I., Stancu, I..A., Nagi, L.E. ve Balteanu, D. (2018). Predicting Strategic Areas of a Finanacial IntermediationServices (SIF) Company Using BSC and PLS, *Amfiteatru Economic*, 20(47), 218-228.
- Stora, G. ve Montaigne, J. (1986). La Qualite Totale Dans L'entreprise, Les Editions D'organsation, Paris.

- Streubert, H.J. ve Carpenter, D.R. (2011). *Qualitative Research in Nursing*, 5th Edition, Lippincott Williams ve Wilkins, Philadelphia.
- Suarez, E., Calvo-Mora, A., Roldan, J. ve Cristobal, R.P. (2017). Qauntitative resarch on the EFQM excellence model: A System Literature Review (1991-2015), *European Research on Mamagement and Business Economic*, 23, 147-156.
- Suárez, E., Roldán, J. L. ve Calvo-Mora, A. (2014). A Structural Analysis of the EFQM Model: An Assessment of the Mediating Role of Process Management. *Journal of Business Economics and Management*, 15(5), 862–885.
- Sülkü, S.N. (2011). Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Programı ncesi ve Sonrasında Sağlık Hizmetlerinin Sunumu, Finansmanı ve Sağlık Harcamaları. Maliye Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı, Ankara.
- şavran, T.G. (2012). Nicel ve Nitel Araştırmalarda Kullanılan Araştırma Teknikleri. Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir.
- şimşek, M. (1992). Kalite: ISO 9000/BS 5750 Nedir ve Nasıl, *Mühendis ve Makine Dergisi*, 33(392), 18-23.
- şimşek, M. (1998). Kalite Yönetimi, 2. Baskı, Marmara Üniversitesi Yayınları, İstanbul.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Verimlilik, Kalite ve Akreditasyon Dairesi Başkanlığı, Ağustos 6, 2019 tarihinde, <https://kalite.saglik.gov.tr/TR,8847/isqua-tarafından-akredite-edilen-standart-setleri-ve-değerlendirici-egitim-programi-kitapları-hakkında-duyuru.html> sayfasından uyarlanmıştır.
- T.C.Sağlık Bakanlığı (2009). Özel Hastaneler Hizmet Kalite Standartları, Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Dairesi Başkanlığı, Matsa Basımevi, Ankara.
- Tan, K.C., Wong, M.F., Mehta, T. ve Khoo, H.H. (2003). Factors Affecting the Development of National Quality Awards, *Measuring Business Excellence*, 7(3), 37-45.

- Tarcan, M.-Tekingündüz, S.-Ertong, G.- Kavak, D. G.-Karataş, S. T.-Gül, Y.- Mercan, F. ,Sağlıkta Performans ve Kalite Uygulamaları, Ankara,2009.
- Taylor, W.A. (1997), Leadership Challenges For Smaller Organisations: Self Perceptions of TQM Implementation', *Omega*, 25(5), 567–79.
- Trebucq, S. ve Magnaghi, E. (2017). Using the EFQM Excellence Model For Integrated Reporting: A Qualitative Exploration and Evaluation, *Research in International Business and Finance*, 42, 522-531.
- Tsoukas, H. ve Knudsen, C. (2003). The Oxford Handbook of Organization Theory Meta-Theoretical Perspectives, Oxford University Press, Oxford.
- Tummala, V.M.R. ve Tang, C.L. (1996). Strategic Quality Management, Malcolm Baldrige and European Quality Awards and ISO 9000 Certification: Core Concepts and Comparative Analysis, *International Journal of Quality & Reliability Management*, 13(4), 8-38.
- Tuna, M. ve Güler, İ. (2012). Kalite Yönetim Sistemleri, Detay Yayıncılık, Ankara, 22.
- Turksever, A. ve Atalik, G. (2001). Possibilities and Limitations for the measurement of te Quality of Life in Urban Areas, *Social Indicators Research*, 53(2), 163-87.
- Tutuncu, O. ve Kucukusta, D. (2007). Relationship Between Organizational Commitment and EFQM Business Excellence Model: A Study On Turkish Quality Awardwinners. *Total Quality Management*, 18(10), 1083–1096.
- Tutuncu, O. ve Kucukusta, D. (2010). Canonical Correlation Between Job Satisfaction and EFQM Business Excellence Model. *Quality & Quantity*, 44(6), 1227–1238.
- Türkiye Kalite Derneği (1986). KAİZEN Japonya'nın Rekabetteki Başarısının Anahtarı Masaaki İmai (Özgün adı:KAİZEN, The Key to Japan's Competitive Success. 1986 The Kaizen Institute, Ltd.), 6. Baskı, Kalder Yayınları, Ankara.

Türkiye Kalite Derneği (2013). EFQM Mükemmellik Modeli Kitapçığı, Kalder Yayınları, Bursa.

Türkiye Kalite Derneği (2018). EFQM Mükemmellik Modeli Eğitimi Yayınlanmamış Ders Notları.

TÜSİAD- KalDer İş Mükemmelliği Modeli Tanıtımı Eğitimi, Temmuz 23, 2019 tarihinde,
http://www.kalder.org/upload/files/PDF/winco_2016_Sunumlar/bercingu_n.pdf, sayfasından uyarlanmıştır.

Ulutaş, Ç.Ü. (2011). Proleterleşme ve Profesyonelleşme Tartışmaları Işığında Türkiye’de Sağlık Emek Sürecinin Dönüşümü, Notabene, Ankara.

Upadhaya, B., Munir, R. ve Yvette, B. (2014), Association Between Performance Measurement Systems and Organisational Effectiveness, *International Journal of Operations & Production Management*, 34(7), 853-875.

Uslu, B. ve Aydın, S. (2007). Kamu Sağlık Kuruluşlarında Performans Ölçümü ve Kalite Geliştirme Çalışmaları, Uluslararası Sağlık ve Hastane Yönetimi Kongresi, Yakın Doğu Üniversitesi Lefkoşa Kıbrıs, 01-03 Haziran 2007

Vallejo, P., Ruiz-Sancho, A., Dominguez, M., Ayuso, M. J., Mendez, L. ve Romo, J. (2007). Improving Quality At The Hospital Psychiatric Ward Level Through The Use Of The Efqm Model. *International Journal of Quality in Health Care*, 19(2), 74–79.

Van Schoten, S., de Blok, C., Spreeuwenberg, P., Groenewegen, P. ve Wagner, C. (2016). The EFQM Model as a Framework for Total Quality Management in Healthcare - Results of a Longitudinal Quantitative Study, *International Journal of Operations & Production Management*, 36(8), 901-922.

Vukomanovic, M., Radujkovic, M. ve Nahod, M. M. (2014), EFQM Excellence Model as the TQM Model of the Construction Industry of Southeastern Europe. *Journal Of Civil Engineering And Management*, 20(1): 70–81.

- Weaver, C.N. (2000). Toplam Kalite Yönetiminin Dört Aşaması, (Çev: T. Birkan ve O. Akinhay), Sistem Yayıncılık, İstanbul.
- Wehrich, H., Cannice, M.V. ve Koontz, H. (2008). Management A Global and Entrepreneurial Perspective, 12th Edition , Tata McGraw Hill Education Private Limited, New Delhi.
- Westlund, A.H. (2001) Measuring Environmental Impact On Society In The EFQM Systems, *Total Quality Management*, 12(1), 125–135.
- What Is The Malcolm Baldrige National Quality Award (MBNQA)?, Mayıs 20, 2019 tarihinde <https://asq.org/quality-resources/malcolm-baldrige-national-quality-award> sayfasından uyarlanmıştır.
- Whittemore, R., Chase, S.K. ve Mandle, C.L. (2001). Validity in Qualitative Research, *Qualitative Health Research*, 11(4), 522-537.
- Wren, D. ve Bedeian, A.G. (2009). The Evolution of Management Thought, 6th edition, John Wiley and Sons, Inc, New Jersey.
- Wren,D. (1994). The Evolution of Management Thought, 4th edition, John Wiley and Sons, Inc, New Jersey.
- Yasar, G.Y. (2011). Health Transformation Programme'in Turkey: An Assessment. *The International Journal of Health Planning and Management*, 26(2), 110-133.
- Yatkin, A. (2014). Toplam Kalite Yönetimi, 3. Baskı, Nobel Akademik Yayıncılık Eğitim Danışmanlık, Ankara.
- Yavas, U. ve Romanova, N. (2005). Assessing Performance Of Multihospital Organizations: A Measurement Approach, *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 18(3), 193-203.
- Yavuz, M. (2015). Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Toplum Sağlığına Etkileri. *Toplum ve Hekim*, 30(2), 83-85.

- Yıldırım, A. Nitel Araştırma Yöntemlerinin Temel Özellikleri ve Eğitim Araştırmalarındaki Yeri ve Önemi, Mart 16, 2019 tarihinde <http://eb.ted.org.tr/index.php/EB/article/download/5326/1485> sayfasından uyarlanmıştır.
- Yıldırım, A. ve Şimşek, H. (2000). Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri, Seçkin Yayıncılık, Ankara.
- Yıldırım, A. ve Şimşek, H. (2008), Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri, 6. Baskı, Seçkin Yayıncılık, Ankara.
- Yıldırım, A. ve Şimşek, H. (2013), Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri, Seçkin Yayınları, Ankara.
- Yıldırım, A. ve Şimşek, H. (2013). Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri, 9. Baskı, Seçkin Yayıncılık, Ankara.
- Yıldız, G. (1994). İşletmelerde Toplam Kalite Yönetimi, Sakarya Üniversitesi, Sakarya.
- Yin, R.K. (1994). Case Study Research: Design and Methods, 2nd Edition, Sage, London.
- Yücel, E. (1990). Sistem Analizi I, Sosyal Güvenlik ve Sağlık Reformu, İlksan Matbaası, Ankara.
- Yüksel, F. ve Sadaklıoğlu, H. (2007). Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Yerel Yönetimler, Uluslararası Sağlık ve Hastane Yönetimi Kongresi, Yakın Doğu Üniversitesi Lefkoşa Kıbrıs, 01-03 Haziran 2007
- Yüreğir, O.H. ve Nakıboğlu, G. (2007). Performans Ölçümü ve Ölçüm Sistemleri. *Ç.Ü. Sosyal Bilimler Dergisi*, 16(2), 545-562.

EKLER

Ek-1. Görüşme Protokolü

GÖRÜŞME PROTOKOLÜ

Tarih: _____

Görüşme Başlangıç Saati: _____

Görüşme Bitiş Saati: _____

Görüşülen Kişi: _____

Şirket İçindeki Pozisyonu/Görevi: _____

AÇIKLAMA

Öncelikle, görüşmeyi kabul ettiğiniz için çok teşekkür etmek isterim. Kısaca kendimi tanıtmak isterim; ismim Fatma Meltem Yurtseven, Beykent Üniversitesi İşletme bölümünde doktora yapıyorum. Doktora tezim kapsamında İstanbul ilinde faaliyette bulunan ve SKS Hastane V5’de iyi seviyede puan almış kamu hastanelerinin EFQM Mükemmellik Modeli kapsamında kaç puan alacağını araştırıyorum, ayrıca iki modelin karşılaştırmasını yapmak istiyorum. Araştırmanın temel konusunu Türkiye’de kamu hastanelerinde gerçekleşen kalite çalışmalarının çok boyutlu araştırmasını konu almaktadır. Bu kapsamda EFQM Mükemmellik Modelinin 32 kriteri üzerinden yapılandırılmış görüşmeler ve bunun yanı sıra ek sorular vasıtasıyla veri toplanması planlanmıştır. Yapılandırılmış görüşmeler yaparak dokuz ana soru üzerinden veri toplanması planlanmıştır. Görüşmelerin ortalama 45-60 dakika sürebileceği tahmin edilmektedir. İzin verilmesi durumunda verilerin sağlıklı bir şekilde kağıda aktarılmasını kolaylaştırabilmek için görüşmeler ses kayıt cihazına kaydedilecektir. Görüşmenin amacı EFQM Mükemmellik Modeli’ne ait 9 temel kriterin SKS Hastane V5 kapsamında ne derecede karşılandığının anlaşılmasıdır. Bu bağlamda kurum ve şahsınıza ait özel bilgilerden ziyade deneyimlerinize ve fikirlerinize ihtiyaç duyulmaktadır. Bu süreçte elde edilen bilgiler sadece akademik bir çalışma için kullanılacaktır. Bu çalışmaya katılımınız, sağlıkta kalite alan yazınına katkı sağlaması bakımından son derece değerli olacaktır. Bu sebeple değerli vaktinizi ayırıp çalışmaya dahil olduğunuz için teşekkür eder, sizin için de uygunsa görüşmeye başlamak isterim.

GÖRÜŞME SORULARI

GİRİŞ

1. Hastane hakkında kısaca bilgi verebilir misiniz?
2. Kurumdaki görev ve sorumluluk alanınızdan bahsedebilir misiniz?

ANA SORU

1. LİDERLİK

Tanım: Mükemmel kuruluşlar; geleceği şekillendiren ve gerçekleştiren, kuruluşun değerleri ve etik anlayışı doğrultusunda örnek olan ve sürekli güven aşılayan liderlere sahiptir. Mükemmel kuruluşların liderleri esnektir, kuruluşun sürekli başarısını sağlayacak biçimde gerekenlerin zamanında öngörülmesini ve gerçekleştirilmesini güvence altına alır.

Alt Sorular:

1a. Liderler kuruluşun misyon, vizyon, değerler ve etik kurallarını oluşturur ve davranışlarıyla örnek olur. SKS uygulamaları kapsamında bu önermeyi nasıl değerlendirirsiniz?

***Alternatif soru:** Temel anlamda liderin amacı, yönü, etik kurallar ve mükemmellik kültürüne bakış açısı nedir? Örneğin kurumunuzun temel amacınızı, itibarınıza yönelik olarak toplumsal sorumluluk, etik davranışlarınızı, stratejik odağınızı ve bu amaçlarınızı çalışanlarınızla nasıl paylaştığınızı anlatabilir misiniz, kuruluş çapında paylaşılan liderlik kültürünüzü nasıl oluşturup desteklersiniz?

1b. Liderler kuruluşun yönetim sistemi ve performansına ilişkin iyileştirmeleri tanımlar, izler, gözden geçirir ve yönlendirir. SKS uygulamaları kapsamında bu önermeyi nasıl değerlendirirsiniz?

***Alternatif soru:** Yönetim sistemlerinin oluşturulması, yaşama geçirilmesi ve gözden geçirilmesine ilişkin uygulamalarınız nelerdir? Örneğin; ilerlemeyi gözden geçirmek, kısa ve uzun vadeli öncelikleri dikkate almak için ve temel paydaş beklentilerini anlamaya yönelik olarak sonuçlarınızı tanımladınız mı, temel yeteneklerinizin anlaşılması için çalışmalarınız mevcut mu, performans iyileştirme çalışmalarınızı, performansınızı anlamada bilgi birikiminizi, gelecek senaryoları anlamada, stratejik, operasyonel ve finansal riskleri yönetmedeki uygulamalarınızı nasıl tanımlarsınız?

1c. Liderler dış paydaşlarla ilişkileri yürütür. SKS uygulamaları kapsamında bu önermeyi nasıl değerlendirirsiniz?

***Alternatif soru:** Müşteriler, işbirliği yapılan kuruluşlar ve toplum ile ilişkileriniz nasıldır? Örneğin temel paydaşların beklentilerini anlamak için nasıl yaklaşımlarınız var, paylaşılan değerler hesap verebilirlik, açıklık ve güven kültürünü nasıl oluşturuyorsunuz, performansınızı ve finansal ve finansal olmayan raporlarınızı şeffaf olarak paylaşıyor musunuz, paydaşlarınızın topluma katkı faaliyetlerini destekliyor musunuz?

1d. Liderler mükemmellik kültürünü kuruluşun çalışanlarıyla sağlamlaştırır. SKS uygulamaları kapsamında bu önermeyi nasıl değerlendirirsiniz?

***Alternatif soru:** Tanınma ve takdir etmede mükemmellik kültürünü çalışanlarla sağlamlaştırma uygulamalarınız nasıldır? Örneğin; çalışanlarına davranışlarıyla esin verir mi, çabuk öğrenen, hızlı yanıt verebilen bir liderlik anlayışı mevcut mudur, çalışanları kendi amaçları istekleri, planları için destekler mi, çalışanların başarılarını takdir eder mi, yeni fikir ve düşünce biçimleri desteklenir mi, fırsat eşitliği ve çeşitliliği destekler mi?

1e. Liderler kuruluşun esnek olmasını ve değişimi esnek şekilde yönetmesini sağlar. SKS uygulamaları kapsamında bu önermeyi nasıl değerlendirirsiniz?

***Alternatif soru:** Kurumsal değişimin belirlenmesi; esnek olunması ve değişimin yönetilmesine dair uygulamalarınız var mıdır? Varsa nelerdir? Örneğin; liderler esnek şekilde sağlam temelli ve zamanında kararları nasıl alıyorlar, kararlarında “insan, çevre, kazanç” odaklılar mı, yapılacak değişikliklerde tüm paydaşların fikri alınıyor mu? Değişim yönetimi nasıl sağlanıyor, yaratıcı fikirlerin geliştirilmesinde yapısal bir yaklaşım mevcut mudur, en umut vadeden fikirlerin hayata geçirilmesi için gerekli kaynak ayırımı yapılıyor mu?

ANA SORU

2. STRATEJİ

Tanım: Mükemmel kuruluşlar misyon, vizyonlarını paydaş odaklı strateji oluşturarak gerçekleştirir. Stratejiyi yaşama geçirmek üzere; politikalar, planlar, amaçlar ve süreçler oluşturur ve uygulamaya alır.

Alt Sorular

2a. Strateji paydaşların ve dış çevrenin gereksinim ve beklentilerinin anlaşılmasını temel alır. SKS uygulamaları kapsamında bu önermeyi nasıl değerlendirirsiniz?

***Alternatif soru:** Şimdiki ve gelecekteki paydaş beklentileriniz nelerdir? Bu konuda çalışmalarınız var mıdır? Örneğin; paydaş beklenti ve isteklerini strateji belirlemede bir girdi olarak kullanılıyor mu, küresel ve yerel düzeydeki dış göstergelerin analizi yapılmakta mıdır, değişimlerin yasal, siyasi, düzenleyici yönetmeliklere göre küresel ve yerel etkilerini anlar mı, dış çevre değişimlerini belirleyici yöntemler kullanır mı?

2b. Strateji iç performans ve beklentilerin anlaşılmasını temel alır. SKS uygulamaları kapsamında bu önermeyi nasıl değerlendirirsiniz?

***Alternatif soru:** İç performansın ve yeteneklerin anlaşılmasına yönelik performans analizleri, veri ve bilgilerin analizi ve karşılaştırmalar yapıyor musunuz? Örneğin; yeteneklerin anlaşılmasında operasyonel performans analizi yapıyor musunuz, kuruluşun yetenekleri ile işbirliği yapılan kuruluşların yeteneklerinin nasıl bütünlük sağlayacağını anlamaya yönelik verileri analiz ediyor musunuz, yeni teknoloji ve iş modellerinin kuruluşa olası etkilerini analiz ediyor musunuz, performansınızı uygun kuruluşlarla karşılaştırıyor musunuz?

2c. Strateji ve stratejiyi destekleyen politikalar oluşturulur, gözden geçirilir ve güncellenir. SKS uygulamaları kapsamında bu önermeyi nasıl değerlendirirsiniz?

***Alternatif soru:** Geliştirme, gözden geçirme ve güncelleştirme yapıyor musunuz? Örneğin; misyon ve vizyon doğrultusunda belirlenmiş strateji politikaları oluşturulup sürdürülüyor mu, sürdürülebilirlik kavramını temel strateji, değer zinciri ve süreç tasarımlarına dahil edebiliyor musunuz, misyonun gerçekleşmesinde gerekli olan temel sonuçlar belirlenmiş midir, geleceğe dair stratejik risk yönetimi yapılmakta mıdır,

2d. Strateji ve stratejiyi destekleyen politikalar duyurulur, uygulanır, izlenir. SKS uygulamaları kapsamında bu önermeyi nasıl değerlendirirsiniz?

***Alternatif soru:** Stratejinize yönelik duyurma, uygulama ve izleme çalışmalarınız nasıldır? Örneğin; stratejileri tüm süreçlere, kurumsal yapılara yansıtıp ve değer zinciri boyunca değişikliklerin uygun hızda uygulanmasını sağlayabiliyor musunuz, hedefleri belirlerken uygun kuruluşlarla yaptığınız karşılaştırma sonuçlarını dikkate alıyor musunuz, kurumsal gelişimi destekleyebilecek kaynak ayırımı yapıyor musunuz, stratejiyi destekleyen politikaları sistematik şekilde yayımlıyor musunuz, pazar fırsatları doğrultusunda yenileşimi destekleyebiliyor musunuz, strateji ve politikalarınızı ilgili paydaşlara duyuruyor musunuz?

ANA SORU

3. ÇALIŞANLAR

Tanım: Mükemmel kuruluşlar çalışanlarına değer verir; bireysel ve kamusal amaçların karşılıklı yarar sağladığı bir kültür yaratır. Çalışanların yeteneklerini geliştirir; adalet ve eşitliği destekler. Çalışanlarını gözetir, onlarla iletişim kurar, onları motive edecek biçimde tanır ve takdir eder, katılımlarını sağlar; yetenek ve bilgi birikimlerini kuruluşa yarar sağlayacak yönde kullanmalarına olanak verir.

Alt Sorular:

3a. Çalışanlara ilişkin planlar kuruluşun stratejisini destekler. SKS uygulamaları kapsamında bu önermeyi nasıl değerlendirirsiniz?

***Alternatif soru:** Çalışanlara yönelik planlama, yönetme ve iyileştirme çalışmalarınız nasıldır? Örneğin; stratejik amaçlar doğrultusunda çalışanların performans tanımlarını yapabiliyor musunuz, çalışanlara ilişkin planlar kuruluşun tüm yapısıyla uyumlu hale getirilebiliyor mu, stratejik amaçlar doğrultusunda organizasyonel yapı hızlı şekilde düzenlenebiliyor mu, çalışan ve temsilcilerin strateji belirleme çalışmalarına katılımı sağlanabiliyor mu, kariyer geliştirme planları terfi gibi insan kaynakları uygulamaları yapılıyor mu, çalışan memnuniyeti ölçülüyor mu?

3b. Çalışanların bilgi birikimi ve yetenekleri geliştirilir. SKS uygulamaları kapsamında bu önermeyi nasıl değerlendirirsiniz?

***Alternatif soru:** Çalışan performansını nasıl değerlendiriyorsunuz, geribildirimleri nasıl alıyorsunuz, eğitim planlarını nasıl sağlıyorsunuz? Örneğin; stratejik amaçlar doğrultusunda gereken, yetkinlik, performans düzeyleri tanımlı mıdır, bu gereksinimler doğrultusunda yetenekleri geliştirmek, elde tutmak için neler yapılıyor, çalışan performansını değerlendirip, geliştirmek için neler yapıyorsunuz, çalışanların gelecekteki görev değişikliği ve istihdama uygunluklarını güvence altına almak üzere beceri ve yetenekleri geliştiriliyor mu, çalışan katkılarını üst düzeyde gerçekleştirebiliyor musunuz?

3c. Çalışanların yön birliği ve katılımı sağlanır, çalışanlar yetkelendirilir. SKS uygulamaları kapsamında bu önermeyi nasıl değerlendirirsiniz?

***Alternatif soru:** Yön birliği, katılım ve yetkelendirme uygulamalarınız nasıldır? Örneğin; bireysel ve ekip hedeflerinin uyumunu sağlayabiliyor musunuz, yenileşimi tüm kurumsal yapıda uygulayabiliyor musunuz, çalışanlar yaratıcılık ve yenileşim kültürü içinde güçlükleri hızlıca aşabiliyorlar mı, çalışanlar kuruluşun itibar ve imajını temsil edebiliyor mu, çalışanların topluma katkı faaliyetleri nasıldır?

3d. Çalışanlar kuruluşun tümünde etkili iletişim kurarlar. SKS uygulamaları kapsamında bu önermeyi nasıl değerlendirirsiniz?

***Alternatif soru:** Çalışanların gerek yatay gerek dikey anlamda erişilebilirlikleri nasıldır? Örneğin; çalışanların iletişim gereksinimleri anlaşılabilir mi, çalışanların başarısını güvence altında tutacak açık bir yön ve stratejik odak belirlendi mi, çalışanlar bilgi, bilgi birikimi ve en iyi uygulamaları paylaşabiliyor mu, değer zincirinin tamamında işbirliği mevcut mu?

3e. Çalışanlar takdir edilir, tanınır ve gözetilir. SKS uygulamaları kapsamında bu önermeyi nasıl değerlendirirsiniz?

***Alternatif soru:** Çalışanların stratejik hedefler doğrultusunda takdir edilme, ödüllendirme süreçlerini nasıl organize ediyorsunuz? Örneğin; çalışanların istihdam, ücretlendirme ve olanakları konusunda şeffaf bir anlayış hakim mi, çalışanlar iyileştirme ve yenileşim süreçlerine katılıyor mu, çalışanlar sağlıklı bir iş/yaşam dengesine sahip mi, çalışanların birbirini gözettiği bir kültür mevcut mu, hizmet sunulan pazar, topluluk ve çalışanlar arasında çeşitliliği benimseme nasıl yönetiliyor?

ANA SORU

4.İŞBİRLİKLERİ VE KAYNAKLAR

Tanım: Mükemmel kuruluşlar; kuruluş dışı işbirliklerini, tedarikçilerini ve iç kaynaklarını strateji ve politikalarını ve süreçlerinin etkili çalışmasını destekleyecek biçimde planlar ve yönetir. Çevresel ve toplumsal etkilerinin etkili bir biçimde yönetilmesini güvence altına alır.

Alt Sorular:

4a. İşbirliği yapılan kuruluşlar ve tedarikçiler sürdürülebilir yarar sağlama doğrultusunda yönetilir. SKS uygulamaları kapsamında bu önermeyi nasıl değerlendirirsiniz?

***Alternatif soru:** Kuruluş dışı işbirliklerinizi nasıl yönetiyorsunuz? Örneğin; işbirliği yapılan kuruluşlar stratejiye uyumlu olarak sınıflanıyor mu, işbirliği yapılan kuruluşlarla açık, güvene dayalı bir ilişki var mı, işbirliği yapılan kuruluşlar kuruluşun stratejisi ve değerleriyle uyumlu mu, kuruluşun yetenek ve becerilerini geliştirecek uygun işbirliği ağları kuruluyor mu ve paydaşlara artan bir değer sunumu gerçekleştirebiliyor mu, işbirliği yapılan kuruluşlarla kurum uzmanlık, kaynak ve bilgi birikimi açısından birbirini destekliyor mu?

4b. Finansal kaynaklar sürdürülebilir başarıyı güvence altına alacak biçimde yönetilir. SKS uygulamaları kapsamında bu önermeyi nasıl değerlendirirsiniz?

***Alternatif soru:** Finansal anlamda maddi ve maddi olmayan tüm varlıklarınızın yönetimini nasıl değerlendirirsiniz? Örneğin; finansal strateji, politika ve süreçler ana stratejiyi destekliyor mu, kaynakların en uygun şekilde kullanımı için süreç yönetimi var mı, kaynak yönetimi uzun vadeli mi, kuruluşun bütün düzeyleriyle uyumlu bir finansal yönetim süreci kullanılıyor mu, tüm varlıkları çevre, toplum, ekonomik açıdan değerlendiriyor musunuz?

4c. Binalar, donanım, malzemeler ve doğal kaynaklar sürdürülebilir bir biçimde yönetilir. SKS uygulamaları kapsamında bu önermeyi nasıl değerlendirirsiniz?

***Alternatif soru:** Binalar, donanım, malzemeler ve doğal kaynaklar konusunda nasıl uygulamalarınız var? Örneğin sıfır stok gibi fırsatları değerlendirebiliyor musunuz? Binalar, donanım ve malzemeler finansal ve çevresel açıdan sürdürülebilir şekilde yönetiliyor mu, tüm bu maddi varlıkların en uygun kullanımı, yönetimi fiziksel güvenliği sağlıyor mu, faaliyetlerin toplumsal, çevresel ve güvenlik açısından ölçümü yapılıyor mu, optimizasyon sağlıyor mu ve yasal standartlar karşılanıyor mu, sektörel ekonomi, çevre ve sosyal standartlar geliştiriliyor mu?

4d. Teknoloji stratejinin yaşama geçirilmesini destekleyecek biçimde yönetilir. SKS uygulamaları kapsamında bu önermeyi nasıl değerlendirirsiniz?

***Alternatif soru:** Teknoloji portföyünüzün yönetimini nasıl takip ediyorsunuz? Örneğin; teknoloji portföyü yönetilirken ana strateji destekleniyor mu, kuruluşun çevikliğini arttırmada teknoloji portföyünü değerlendiriyor musunuz, yeni teknolojilerin geliştirilmesinde paydaş katılımı sağlıyor mu, alternatif ve yeni teknolojileri kurumsal yetenek, performans ve çevre etkisi bağlamında değerlendiriyor musunuz, teknoloji yenileşim ve yaratıcılık kültürünü destekliyor mu?

4e. Bilgi ve bilgi birikimi; etkili kararlar verilebilmesine destek olacak ve kurumsal yetenekleri geliştirecek biçimde yönetilir. SKS uygulamaları kapsamında bu önermeyi nasıl değerlendirirsiniz?

***Alternatif soru:** Örneğin; etkili karar alınmasında bilgi birikimi liderlere güvenli ve yeterli şekilde sağlanıyor mu, paydaş katkıları alınıyor mu, çalışanlar ve dış kullanıcıların bilgiye erişimini sağlayabiliyor musunuz, yaratıcılık, yenileşim ve iyileştirme için uygun ortam sağlanabiliyor mu, fikirleri uygun zaman diliminde gerçekleştirilebiliyor musunuz?

ANA SORU

5. SÜREÇLER, ÜRÜNLER ve HİZMETLER

Tanım: Mükemmel kuruluşlar müşterilerine ve diğer paydaşlarına artan bir değer üretmek üzere süreçler, ürünler ve hizmetler tasarlar, bunları yönetir ve iyileştirir.

Alt Sorular

5a. Süreçler paydaşlara en uygun değeri sağlamak amacıyla tasarlanır ve yönetilir. SKS uygulamaları kapsamında bu önermeyi nasıl değerlendirirsiniz?

***Alternatif soru:** Süreçleri tasarlarken ve yönetirken süreç sahipliklerini belirlediniz mi, operasyonel ve yönetsel süreçleriniz ayrılmış durumda mı? Örneğin; stratejileri hayata geçirecek temel süreçlerin çerçevesi belirli mi, süreçler kuruluş dışındaki süreçler de dahil olarak uçtan uca yönetiliyor mu, süreç sahiplerinin görev ve sorumlulukları belirli ve anlaşılır mı, temel süreçlerin etkililiği, verimliliği ve stratejik amaçlara katkısı anlamlı performans göstergeleri ile ölçülüyor mu, süreç performans ve yeteneklere ilişkin verileri uygun karşılaştırmalarla değerlendirerek ve süreç performansını yenileşim, yaratıcılık ve iyileştirmelerin itici gücü olarak görüyor musunuz?

5b. Ürün ve hizmetler müşterilere en uygun değeri yaratmak amacıyla geliştirilir. SKS uygulamaları kapsamında bu önermeyi nasıl değerlendirirsiniz?

***Alternatif soru:** Ürün/hizmet iyileştirme süreçlerinizde AR-GE çalışmaları yapabiliyor musunuz? Örneğin; müşteriler için yenileşim ve değer yaratma odaklı mısınız ve bu sürece müşteriler dahil ediliyor mu, hizmet/ürün portföyünü zenginleştirmek için geri bilirim araçları kullanılıyor mu, portföy geliştirilirken müşterilerin değişen ihtiyaçları dikkate alınıyor mu, ürün/hizmet portföyü tasarımı ve yönetimi ürünlerin yaşam çevrim sürelerince sorumlu şekilde mi yapılıyor?

5c. Ürün ve hizmetler etkin bir biçimde tanıtılır ve pazarlanır. SKS uygulamaları kapsamında bu önermeyi nasıl değerlendirirsiniz?

***Alternatif soru:** Hizmet sunumunda fark yaratan değer önermelerinizin tanıtımını etkin şekilde yapabiliyor musunuz? Örneğin; mevcut ve potansiyel müşteri grupları tanımlı mı, gereksinim ve beklentileri tahmin edilebiliyor mu, bunlar çekici değer önermelerine dönüştürülebilir mi, iş modeli ve değer önermesi yaşama geçirilirken pazar konumlandırması, hedef müşteri grupları ve dağıtım kanalları belirli mi, ürün ve hizmet tanıtımında pazarlama stratejileri oluşturuluyor mu?

5d. Ürün ve hizmetler üretilir, sunulur, yönetilir. SKS uygulamaları kapsamında bu önermeyi nasıl değerlendirirsiniz?

***Alternatif soru:** Ürün sunumunu gerçekleştirirken bunu nasıl hayata geçiriyorsunuz? Performans göstergelerinin karşılaştırmasını nasıl yapıyorsunuz? Örneğin; müşteri ihtiyaç ve beklentilerini karşılayan veya aşan ürün ve hizmetleri değer önermesi doğrultusunda kullanıyor musunuz ve değer önermesini tutarlı bir şekilde gerçekleştirebiliyor musunuz, çalışanların müşterilere en iyi hizmeti sunmasını sağlamayı güvence altına alabiliyor musunuz, ürün ve hizmetlerin yeniden kullanım ve geri dönüşümünü göz önünde bulunduruyor musunuz, ürün/hizmet sunum performansını uygun kuruluşlarla karşılaştırıyor musunuz?

5e. Müşteri ilişkileri yönetilir ve geliştirilir. SKS uygulamaları kapsamında bu önermeyi nasıl değerlendirirsiniz?

***Alternatif soru:** Müşteri algıları ölçümü ve müşteri gruplandırması yapılıyor mu, müşteri iletişimi nasıl sağlanıyor, açık, şeffaf bir şekilde hizmet listenizi web sitenizde yayınlıyor musunuz, müşteri deneyim ve algılamalarını sürekli olarak ölçerek süreçlerin müşteri geribildirimine uygun olarak yanıt vermesini sağlayabiliyor musunuz, müşterilerinizi hizmet kullanımı ile ilgili olarak bilgilendiriyor musunuz?

ANA SORU

6. MÜŞTERİLERLE İLGİLİ SONUÇLAR

Tanım: Mükemmel kuruluşlar müşterilerinin ihtiyaç ve beklentilerini karşılayan veya aşan mükemmel sonuçlara ulaşır ve bu sonuçları sürdürür.

Alt Sorular:

6a. Algılamalar

Bu veriler müşterilerin kuruluş hakkındaki algılamalarıdır. Algılamalar; anketler, odak grupları, derecelendirmeler, övgüler ve şikayetler gibi çeşitli kaynaklardan elde edilebilir. Bu algılamalar; müşteriler açısından kuruluşun müşterilere yönelik stratejisinin, bu stratejiyi destekleyici politika ve süreçlerin çıktılarının ve yayılımının etkililiğinin açıkça anlaşılabilmesini sağlamalıdır. SKS uygulamaları kapsamında bu önermeyi nasıl değerlendirirsiniz?

***Alternatif soru :** Ölçümler; itibar, imaj, ürün ve hizmet değeri ile sunumu, müşteri hizmeti, ilişkisi ve desteği, müşteri bağlılığı ve adanmışlığı gibi konuları içerebilir. SKS uygulamaları kapsamında bu önermeyi nasıl değerlendirirsiniz?

6b. Performans Göstergeleri

Bu veriler kuruluş tarafından kuruluşun performansını izlemek, anlamak, öngörmek iyileştirmek ve bu performansın müşterilerin algılamasına etkilerini öngörmek amacıyla kullanılan iç ölçümlerdir. Bu göstergeler; kuruluşun müşterilere yönelik stratejisinin, destekleyici politikalar ve süreçlerin uygulanmasının ve etkisinin açıkça anlaşılabilmesini sağlamalıdır. SKS uygulamaları kapsamında bu önermeyi nasıl değerlendirirsiniz?

***Alternatif soru :** Ölçümler; ürünlerin ve hizmetin sunumu; müşteri hizmeti, ilişkileri ve desteği; şikayetlerin değerlendirilmesi; müşteri ve işbirliği yapılan kuruluşların, ürünler, süreçler gibi öğelerin tasarım sürecine dahil olmaları gibi konuları içerebilir. SKS uygulamaları kapsamında bu önermeyi nasıl değerlendirirsiniz?

ANA SORU

7. ÇALIŞANLARLA İLGİLİ SONUÇLAR

Tanım: Mükemmel kuruluşlar çalışanları gereksinimlerini ve beklentilerini karşılayan veya aşan mükemmel sonuçlara ulaşır ve bu sonuçları sürdürür. SKS uygulamaları kapsamında bu önermeyi nasıl değerlendirirsiniz?

Alt Sorular:

7a. Algılamalar

Bu veriler çalışanların kuruluş hakkındaki algılamalarıdır. Algılamalar; anketler, görüşmeler ve yapılandırılmış performans değerlendirmeleri gibi çeşitli kaynaklardan elde edilebilir. Bu algılamalar; çalışanlar açısından kuruluşun çalışanlarına yönelik stratejisinin, bu stratejiyi destekleyici politika ve süreçlerin çıktılarının ve yayılımının etkililiğinin açıkça anlaşılabilmesini sağlamalıdır. SKS uygulamaları kapsamında bu önermeyi nasıl değerlendirirsiniz?

***Alternatif soru :** Ölçümler; tatmin, katılım ve bağlılık; motivasyon ve yetkelendirme; liderlik ve yönetim; yetkinlik ve performans yönetimi; eğitim ve kariyer geliştirme; etkili iletişim; çalışma koşulları gibi konuları içerebilir. SKS uygulamaları kapsamında bu önermeyi nasıl değerlendirirsiniz?

7b. Performans Göstergeleri

Bu veriler kuruluş tarafından kuruluş çalışanlarının performansını izlemek, anlamak, öngörmek, iyileştirmek ve bu performansın algılamalara etkilerini öngörmek amacıyla kullanılan ölçümlerdir. Bu göstergeler; kuruluşun çalışanlara yönelik stratejisinin, bu stratejiyi destekleyen politikalar ve süreçlerin etkisinin ve yayılımının açıkça anlaşılabilmesini sağlamalıdır. SKS uygulamaları kapsamında bu önermeyi nasıl değerlendirirsiniz?

***Alternatif soru:** Ölçümler; katılım ve bağlılık; yetkinlik, performans yönetimi faaliyetleri; liderlik performansı; eğitim ve kariyer geliştirme faaliyetleri; iç iletişim gibi konuları içerebilir. SKS uygulamaları kapsamında bu önermeyi nasıl değerlendirirsiniz?

ANA SORU

8. TOPLUMLA İLGİLİ SONUÇLAR

Tanım: Mükemmel kuruluşlar ilgili toplumsal paydaşlarının gereksinimlerini ve beklentilerini karşılayan veya aşan mükemmel sonuçlara ulaşır ve bu sonuçları sürdürür.

Alt Sorular:

8a. Algılamalar

Bu veriler toplumun kuruluş hakkındaki algılamasıdır. Algılamalar; anketler, raporlar, basın makaleleri, kamuya açık toplantılar, sivil toplum kuruluşları, kamuoyu temsilcileri ve resmi yetkililer gibi çeşitli kaynaklardan elde edilebilir. Bu algılamalar; toplum açısından kuruluşun toplum ve çevreye yönelik stratejisinin, bu stratejiyi destekleyen politika ve süreçlerinin çıktılarının ve yayılımının etkililiğinin açıkça anlaşılabilmesini sağlamalıdır. SKS uygulamaları kapsamında bu önermeyi nasıl değerlendirirsiniz?

***Alternatif soru:** Ölçümler; çevresel etki; imaj ve itibar; topuma etki; çalışma ortamının etkisi; ödüller ve basında yer alma gibi konuları içerebilir. SKS uygulamaları kapsamında bu önermeyi nasıl değerlendirirsiniz?

8b. Performans Göstergeleri

Bu veriler kuruluş tarafından kuruluşun performansını izlemek, anlamak, öngörmek, iyileştirmek ve bu performansın toplum içindeki ilgili paydaşların algılamalarına etkilerini öngörebilmek için kullanılan iç ölçümlerdir. Bu göstergeler; kuruluşun toplum ve çevreye yönelik stratejisinin, bu stratejiyi destekleyen politikalar ve süreçlerin etkisinin ve yayılımının etkililiğinin açıkça anlaşılabilmesini sağlamalıdır. SKS uygulamaları kapsamında bu önermeyi nasıl değerlendirirsiniz?

***Alternatif soru:** Ölçümler; çevresel, ekonomik ve toplumsal faaliyetler; yasal düzenlemelere ve yönetim ilkelerine uyum; sağlık ve güvenlik performansı; sorumlu kaynak temini ve satın alma performansı gibi konuları içerebilir. SKS uygulamaları kapsamında bu önermeyi nasıl değerlendirirsiniz?

ANA SORU

9. İŞ SONUÇLARI

Tanım: Mükemmel kuruluşlar iş paydaşlarının gereksinimlerini ve beklentilerini karşılayan veya aşan çarpıcı sonuçlara ulaşır ve bu sonuçları sürdürür.

Alt Sorular

9a. İş Çıktıları

Bu veriler kuruluşun stratejisinin yaşama geçirilmesinde ne ölçüde başarılı olduğunu gösteren finansal olan ve finansal olmayan iş çıktılarıdır. Ölçümler ve ilgili hedefler iş paydaşlarıyla görüş birliği içinde birlikte belirlenir. SKS uygulamaları kapsamında bu önermeyi nasıl değerlendirirsiniz?

***Alternatif soru:** Çıktılar; finansal çıktılar; iş paydaşlarının algılamaları; bütçe performansı; sunulan temel ürün ve hizmetlere ilişkin çıktılar; temel süreç çıktıları gibi konuları içerebilir. SKS uygulamaları kapsamında bu önermeyi nasıl değerlendirirsiniz?

9b. İş Performans Göstergeleri

Bu veriler kuruluşun operasyonel performansını ölçmek amacıyla kullanılan temel finansal ve finansal olmayan iş performans göstergeleridir. Bu göstergeler kuruluşun olası iş çıktılarını izlemeye, anlamaya, öngörmeye ve iyileştirmeye yardımcı olur. SKS uygulamaları kapsamında bu önermeyi nasıl değerlendirirsiniz?

***Alternatif soru:** Ölçümler; finansal göstergeler; proje maliyetleri; temel süreç performans göstergeleri; işbirliği yapılan kuruluşlar ve tedarikçilerin performansı; teknoloji, bilgi ve bilgi birikimine ilişkin göstergeler gibi konuları içerebilir. SKS uygulamaları kapsamında bu önermeyi nasıl değerlendirirsiniz?

Ek-2: EFQM MM Kriterlerinin Görüşüldüğü Kurum Yetkilileri

EFQM MM KRİTERLERİ	EFQM MM KRİTERLERİNİN GÖRÜŞÜLDÜĞÜ KURUM YETKİLİLERİ									Ses Kaydı
	OM		ES				SÇ			
	K.D.	S.B.M.	K.D.	Başhekim	İ.M.İ.M.	S.H.M.	K.D.	Başhekim	İ.M.İ.M.	
1-Liderlik	✓	✓	✓	✓			✓	✓		Var
2-Strateji	✓	✓	✓		✓		✓	✓		Var
3-Çalışanlar	✓	✓	✓			✓	✓			Var
4-İşbirlikleri ve Kaynaklar		✓	✓		✓		✓		✓	Var
5-Süreçler, Ürünler ve Hizmetler	✓	✓	✓			✓	✓			Var
6-Müşteri Sonuçları	✓		✓				✓			Var
7-Çalışan Sonuçları	✓		✓			✓	✓			Var
8-Toplumla İlgili Sonuçlar	✓		✓				✓			Var
9-İş Sonuçları		✓			✓	✓			✓	Var

GÖRÜŞME SÜRELERİ								
OM		ES				SÇ		
K.D.	S.B.M.	K.D.	BAŞHEKİM	İ.M.İ.M.	S.H.M.	K.D.	BAŞHEKİM	İ.M.İ.M.
2 saat 10 dk	1 saat 43 dk	2 saat 20 dk	12 dk	45 dk	57 dk	3 saat 38 dk	1 saat 40 dk	57 dk

Not: Görüşmelerin seansları ortalama 1 saat kadar sürmüş olup, bu süreyi aşan görüşmeler için başka bir gün ya da o günün farklı bir zaman diliminde görüşme sağlandığından görüşmeler her kurum için 3 günde tamamlanmıştır. 9 hastane yöneticisi ile yapılan görüşmeler toplamda 13 saat 36 dakikada tamamlanmıştır.

Kısaltmalar:

OM: Ok Meydanı Eğitim ve Arş. Hastanesi

ES: Eyüp Sultan Devlet Hastanesi

SÇ: Sait Çiftçi Devlet Hastanesi

K.D. : Kalite Direktörü

S.B.M. : Strateji Birim Müdürü

S.H.M. : Sağlık Hizmetleri Müdürü

İ.M.İ.M. : İdari ve Mali İşler Müdürü

Semboller: ✓: EFQM MM kriterlerine yönelik soruların kimler tarafından cevaplandığını ifade eder

Ek-3: İzin Belgesi



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - İSTANBUL
SAĞLIK MÜHÜRÜ İÇİNDEN ÇIKARILMIŞTIR
03/07/2018 16:33 - 16867222 - 604.01.01 - E 2597



Sayı : 16867222/604.01.01
Konu : Fatma Meltem YURTSEVEN'in
Anket İzni Hk.

DAĞITIM YERLERİNE

İlgi : a) 03/07/2018 tarihli ve 71211201-6593 sayılı yazı.
b) 11/07/2018 tarihli ve 92444225-604.01.01-1649 sayılı yazı.
c) 11/07/2018 tarihli ve 55607146-604.01.01-3916 sayılı yazı.
d) 09/08/2018 tarihli ve 48670771-774.01.06-16320 sayılı yazı.

İlgi a) sayılı yazı ile Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Yönetimi Anabilim Dalı, İşletme Yönetimi Doktora Öğrencisi Fatma Meltem YURTSEVEN'in, Doç. Dr. Mine AFACAN FINDIKLI'nın danışmanlığında yürütülecek olan "T.C. Sağlık Bakanlığı Tarafından Uygulanan Sağlıkta Kalite Standartları Hastane Versiyon 5 (SKS Hastane)'in EFQM Mükemmellik Modeli ile Karşılaştırılmasına Yönelik Vaka Çalışması" konulu tez çalışması ilgi b), c) ve d) sayılı yazınızda geçen uygun görüşleriniz ile Müdürlüğümüzce onaylanmış olup, araştırmanın yürütülmesi esnasında adı geçene gerekli kolaylığın gösterilmesi hususunda;

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

e-imzalıdır.
Dt. Şule TUYGUN
Başkan a.
Başkan Yardımcısı

Dağıtım:

T.C. Sağlık Bakanlığı Sait Çiftçi Devlet Hastanesi
T.C. Sağlık Bakanlığı Eyüpsultan Devlet Hastanesi
T.C. Sağlık Bakanlığı Okmeydanı Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Seyitnizam Mah. Mevlana Cd. No:35, 34015 Kat: 1 Oda No: 102 Zeytinburnu/İst.

Sağlığın Geliştirilmesi Birimi

Faks No:

e-Posta: arzu.sarmusak@saglik.gov.tr İnt. Adresi: www.istanbulsağlik.gov.tr

Bilgi için: Arzu SARMUSAK

Unvan: FİRMA

Telefon No: 0212 638 33 99 - 3102

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 16f55efb-01d3-4d5b-a03c-b5cbb27c6af6 kodu ile erişebilirsiniz.

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek-4. Etik Kurul İzin Belgesi



BEYKENT ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ

11.06.2018

Enstitümüz İşletme Yönetimi Anabilim Dalı İşletme Yönetimi doktora programı öğrencisi **Fatma Meltem YURSEVEN**' in "**T.C. Sağlık Bakanlığı Tarafından Uygulanan Sağlıkta Kalite Standartları Hastane Versiyon 5 (SKS Hastane)**" in **EFQM Mükemmellik Modeli İle Karşılaştırılmasına Yönelik Vaka Çalışması**" konulu tezine nitel çalışması yapması Etik Kurulumuzca uygun görülmüştür.

ETİK KURUL ÜYELERİ

Prof. Dr. Ebru URAL
BAŞKAN

Prof. Dr. Akile Reşide GÜRSOY
ÜYE

Prof. Dr. Selahattin SARI
ÜYE

İzinli

Prof. Dr. Turgut ÖZKAN
ÜYE

Prof. Dr. Tekin MEMİŞ
ÜYE

Prof. Dr. Ali Vahit TURHAN
ÜYE

Prof. Dr. Oğuz MAKAL
ÜYE

Prof. Dr. Nihat KÜÇÜKSAVAŞ
ÜYE

İzinli

Prof. Dr. Erdoğan TAŞKIN
ÜYE

Beykent Üniversitesi İletişim Hattı: 444 1997 - 0850 340 34 34 - www.beykent.edu.tr

Ayazağa-Maslak Yerleşkesi: Ayazağa Mahallesi Hadım Kuru Yolu Cad. No: 19, Sarıyer 34396 İstanbul / Faks: (0212) 289 64 90
Beylikdüzü Yerleşkesi: Cumhuriyet Mah. Gürpınar Yolu Cad. No: 3/A, Beykent Siteleri, Büyüçekmece 34500 İstanbul / Faks: (0212) 867 55 68
Taksim Yerleşkesi: Sıraselviler Cad. No: 65, Taksim, Beyoğlu 34437 İstanbul / Faks: (0212) 243 02 78 info@beykent.edu.tr

ÖZGEÇMİŞ

17 Temmuz 1981 Erzurum doğumluyum. İstanbul Üniversitesi Hemşirelik bölümünden 2003 yılında mezun oldum. 2012 yılında Beykent Üniversitesi Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi bölümünde yüksek lisansımı bitirdikten sonra aynı üniversitenin İşletme Yönetimi Doktora Programına 2016 yılında başladım. Lisans eğitimimi tamamladıktan sonra 2003-2016 yılları arasında profesyonel meslek hayatımda hastane ve sağlık sigortaları alanlarında yer aldım.

Fatma Meltem YURTSEVEN