



SAĞLIK BAKIM HİZMETLERİNDE KALİTE NEDİR? HASTA TATMİNİ BOYUTUYLA İLGİLİ BİR DEĞERLENDİRME

Hacer ÖZGEN*

Sağlık hizmeti sunan tüm organizasyonların topluma karşı sorumluluk taşıdığı bir gerçektir. Bu sorumluluğa sahip sağlık kuruluşları tarafından bireylere sunulan sağlık hizmeti, büyük ölçüde toplumun sağlık düzeyini de etkileyecektir. Böylece toplumun sağlık düzeyindeki değişikliklerin, sosyal ve ekonomik açıdan çeşitli sektörlerde de yansımaları olabilecektir(1).

Sağlık sektöründe hizmet veren kuruluşların birey ve toplum sağlığına olan katkılarına ilişkin yargılara, bu kuruluşların sağladıkları hizmetin kalitesini değerlendirerek varabiliriz. Bu durumda akla gelen ilk soru, hizmet kalitesinin nasıl değerlendirileceğidir. Bu soruyu biraz daha irdedeğimizde, asıl cevaplanması gereken bir başka soruyla karşılaşırız. Kalite nedir, neyi içerir? Şu halde kaliteli sağlık hizmeti sunmak için başlangıç noktası kalitenin tanımlanmasıdır(2). Bir başka ifadeyle, kaliteli sağlık hizmetinin nasıl olması, hangi amaçları gerçekleştirmeye yönelik olması gerektiğinin tartışılması, birinci sırada yer almaktadır. Bu öncelik, bir binanın oluşturulabilmesi için temelinin atılması zorunluluğuyla eş anlamlı görülebilir.

Ancak bu noktada sunulan tıbbi takımın pek çok faktörün ve bunlar arasındaki etkileşimin bir ürünü olduğu gerçeğiyle yüzyüze gelmektedir. Bu nedenle, sunulan hizmetin hangi boyutlarının değerlendirileceğinin dolayısıyla kalitesinin tanımlanması son derece zordur(3). Üstelik bakım kalitesi bu sektörde yeni bir kavram da değildir. Kaliteli bakım sunma, yüzyıllar öncesinin uygulamalarına değin uzanan tarihi bir geçmişe sahiptir (4,5). Günümüzde de, gerek endüstri gerekse sağlık sektöründe kalitenin beşiği olan ABD başta olmak üzere pek çok ülkede maliyetlerin artması, teknolojideki hızlı gelişmeler ve artan tüketici bek-

lentileri gibi nedenlerle kaliteli sağlık hizmeti sunma kaçınılmaz bir sorumluluk olarak kabul edilmektedir. Ve bu konu ile ilgili arayışlar devam etmekte ve de edecektir. Tüm bu çabalara rağmen ilginç olan nokta Tancredi'nin belirttiği gibi, çağdaş sağlık bakım konuları arasında en kompleks ve belkide en az anlaşılan konunun bakım kalitesi olmasıdır. Bu nedenle olsa gerek, kalite nosyonu çok sayıda literatürün konusu ve ciddi akademik çalışmaların amacı olmuştur(6).

Bu makalenin amacı, literatür incelemesine dayalı olarak, sağlık bakım hizmetlerinde kalitenin nasıl tanımlandığını ve bu tanımların bazılarını getirilen eleştirileri sunmaya çalışmak ve de Toplam Kalite Yönetimi felsefesinin getirdiği kalite tanımını, sağlık bakım hizmetleri açısından kısaca değerlendirmektir.

SAĞLIK BAKIM HİZMETLERİNDE KALİTE NEDİR?

Kalite, sağlık bakımında tanımlanması zor (elusive) bir kavram olarak nitelendirilmektedir(7). Buna rağmen kimi zaman farklı kimi zamanda aşağı yukarı aynı unsurlar dar ve geniş açılardan ele alınarak kalite tanımlanmaya çalışılmıştır. Ancak henüz ortak bir kalite tanımına ulaşılamamıştır. Aşağıda sunulan kalite tanımları sadece sağlık sektöründe ele alınan tanımlar değildir. Bunlardan bir kısmı endüstride de tartışılmıştır. Bu bölümde, genel olarak yapılan kalite tanımları ve bunların sağlık bakım hizmetleri açısından eleştirilen yönleri ve de sağlık bakım hizmetlerine özgü olarak yapılan kalite tanımları sunulmaya çalışılmıştır.

Sözlük anlamıyla kalite, "bir şeyin yada birinin doğası, niteliği" dir. Bakım kalitesi ise, "mükemmellik derecesi" olarak tanımlanmaktadır(8). Bu tanım, hizmet sunucusunun (provider) teknik açıdan yeterli olması gibi tıbbi hizmet sürecinin sadece sınırlı bir yöne açısından ele alındığında uygun, fakat

* Hacettepe Üniversitesi Sağlık İdaresi Yüksek Okulu Araştırma Görevlisi

sistem genelinde tıbbi hizmet sunumu değerlendirileceği zaman uygun bir tanım olarak nitelendirilmemektedir. Örneğin, hizmet sunan kurum yada personel maksimum düzeyde yeterliliğe sahip olabilir ama spesifik bir hastaya sunulan bakım, hizmete ulaşmadaki sınırlılıklar, kötü hasta uyumu yada sürekli bakımın yetersizliğinden dolayı hizmet kaliteli olmayabilir(9). Buradan da "mükemmellik derecesi" tanımının sağlık hizmetlerinin multifaktöriyel yapısından dolayı uygun bir tanım olmayacağı sonucuna varılabilir.

Kalite, kimi zaman "güzel, iyi, hoş olan şey" şeklinde tanımlanmaktadır. Bu şekilde yapılan bir kalite tanımı oldukça subjektif bir tanım olarak değerlendirilmektedir. Çünkü güzellik, hoşluk, iyilik gibi kavramlar kişilere göre değişen farklı yargılar taşıyabilir. Ayrıca bu tanımın ölçülebilir bir değer içermediği oysa kalitenin yönetilebilmesi için ölçülebilir nitelikte olması gerektiği belirtilmektedir (10). Tüm bunların ötesinde bu tanımda bakımın iyiliği yada kötülüğü konusunda yargılama nasıl varılabileceği sorusu akla gelmektedir.

Donabedian, 1990 yılında yayınlanan bir makalesinde(11) yukarıdaki tanımı destekler nitelikte bir kalite perspektifi sunmaktadır. Ona göre kalite, bakımın iyiliği konusunda bir yargıya varmayı ifade etmektedir. Ve bu yargıya nasıl varılabileceği sorusuna cevap olarakta, sağlık bakım alanında mevcut bilgi ve teknolojinin sağlıkta en fazla iyileşmeye ulaşabilme potansiyeli; aileleri de dahil olmak üzere hastalar tarafından kabul edilebilirlik; ve toplum tarafından kabul edilebilirlik kriterlerini öne sürmektedir.

Sağlık bakım hizmetlerinde temel kalite yönetimi yaklaşımlarından biri Kalite Güvencesidir. Bu yaklaşımın işlerliği ile birlikte kalite standartlara dayalı olarak ele alınmıştır(12). Çünkü bu yaklaşıma göre önceden belirlenen standartlara ulaşılması durumunda kalitenin garanti edileceği varsayılmaktadır. Oysa sağlık kurumlarında standartlara ulaşılmasına rağmen, hastaların, hekimlerin, hükümetin ve sağlık hizmeti satın alanların sunulan hizmetin sonuçlarından memnun olmadıkları belirtilmektedir(13). Donabedian, standartlar konusunda önemli bir noktanın altını çizmiştir. Bu nokta, standartların mevcut bilgi düzeyini yansıttıkları, bu bilgi düzeyinde veya hizmeti sunanların sorumluluk alanında değişiklik olduğu takdirde, standartların da buna paralel olarak değiştirilmesi gerektiğidir(3). Sadece standartların belirlenmesi, uygulanması ve revize edilmesi ile sistem amacına ulaşamayabilir. Personelin de kaliteli hizmet sunma sürecinde aktif rol oynaması gerekir. Nitekim, Avustralya'da tıbbi personel kalite güvencesi faaliyetlerine yeterince katılmadığı için bu katılımı ve hastanenin akreditasyon sürecinin klinik boyutunu arttırmak

için "klinik göstergeler" geliştirilmektedir(14). Kalite güvencesi ve akreditasyon dönemleri boyunca standartlar toplum beklentileriyle uyum sağlayamadığı için ABD'de de "klinik göstergeler" geliştirilmektedir (12).

Tıbbi bakım kalitesiyle ilgili standartların belirlenmesinde, 1986 yılında önemli bir değişim gerçekleşmiştir. Sürece yönelik incelemelerin yerini çıktıya yönelik izleme ve değerlendirme süreci almıştır. Bu değişime paralel olarak Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO)*, sağlık bakım kuruluşlarının kendi çıktı göstergelerini JCAHO'nun gösterge verileriyle karşılaştırabilmeleri için çıktıları esas almıştır(16). Ve bu doğrultuda 1988 yılında Değişim Gündeminin (Agenda for Change) bir parçası olarak bakım kalitesini "mevcut bilgi dahilinde, hasta bakım hizmetlerinin istenilen hasta çıktılarının olasılığını artırma ve istenmeyen çıktıların olasılığını azaltma derecesi" olarak kabul edilmiştir(17). Sağlık hizmetlerinde kalitenin değerlendirilmesine ilişkin bu alandaki öncüler arasında yer alan Donabedian tarafından bir yaklaşım öne sürülmüştür. Literatürde de kabul gören bu yaklaşım "yapı, süreç, çıktı" dan oluşmaktadır. Bununla birlikte, yapı, süreç ve çıktı unsurlarından her birinin hizmet kalitesini değerlendirmede üstün ve zayıf yönleri olduğu da bilinmektedir.

Bazı yazarlar ise kaliteyi; eşitlik, ulaşılabilirlik, süreklilik, tutarlılık, kabul edilebilirlik (hasta ve yakınları ve de toplum tarafından), etkinlik, etkililik, yeterlilik, bilimsel ve teknolojik kalite, sunulan bakımın uygunluğu, optimal olma, efficacy** gibi niteliklere sahip bir kavram olarak tanımlamaktadır (18,19,20,21). Burada özellikle iki nitelik arasındaki ilişkinin nasıl değerlendirildiğini belirtmekte fayda var. Sağlık hizmetlerinde etkililiğin (efficiency) artırılması amaçlandığında, etkinliği (effectiveness) arttırmayacağı şeklinde bir varsayım vardı (22,23). Bu nedenle etkinlik ve etkililik bir arada düşünülmemiştir. Oysa bu konuyla ilgili olarak hastane etkililiği ve etkinliği konulu araştırmasıyla Shortell, maliyeti kontrol etmek için yapılan çabaların kalitedeki gelişmelerle de ilişkili olabileceğini belirtmiştir(24).

Yukarıda belirtilen niteliklerin bir çoğu Amerikan Tıp Birliği Konseyi (The American Medical Association's Council on Medical Service) tarafından

* Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations: Amacı, kurumsal bazda tıbbi bakımda yüksek standartlara ulaşılmasını teşvik etmek olan özel, kar amacı gütmeyen bir organizasyondur. JCAHO, hastaneler ve diğer sağlık kuruluşlarının faaliyetlerine yönelik ilkeler oluşturur aynı zamanda araştırma ve akreditasyon programlarını da yürütür(15).

** Efficacy: Yaygın olarak etkinlik (effectiveness) ile eş anlamlı kullanılır. Fakat efficacy ideal koşullar altında yürütülen faaliyetlerin sonuçlarının ifade ederken, etkinlik olağan ya da normal koşullar altındaki faaliyetlerin sonuçlarını ifade eder (15).

hazırlanan bir raporda sunulan bir başka tanımda da yer almaktadır(25). Bu raporda direkt olarak kalite tanımlanmamakta bunun yerine yüksek kaliteli bakımın:

1. Hastanın psikolojik durumunda, fiziksel fonksiyonunda, ruhsal ve entelektüel performansında ve rahatında, hastanın ilgileriyle tutarlı mümkün olan en kısa sürede optimal gelişme sağlanması,

2. Sağlığın yükseltilmesi, hastalık yada disability*nin önlenmesi ve bu tür durumların erken teşhisi ve tedavisi üzerinde durması,

3. Zamanında sunulmuş olması, bir başka ifadeyle, bakımın zamanında verilmeye başlanması, sürekli olması, uygun olmayan tedavinin verilmemesi ve bakımın gereksiz bir şekilde uzamaması,

4. Bakım sürecinde ve bu süreçle ilgili kararlarda hastanın bilinçli bir şekilde işbirliği yapmasını ve katılımını sağlamanın yollarını araması,

5. Tıp biliminin kabul edilmiş ilkelerine ve uygun teknolojik ve profesyonel kaynakların verimli kullanımına dayanması,

6. Illness'in** meydana gelebileceği stres ve anksiyeteye karşı duyarlılıkta ve hastanın tam anlamıyla iyi olması düşüncesiyle sunulması,

7. İstenilen tedavi çıktısına ulaşmak için ihtiyaç duyulan teknoloji ve diğer sağlık sistem kaynaklarının etkili kullanılması,

8. Bakımda sürekliliğin sağlanması ve aynı mesleğe mensup bireylerin de değerlendirebilmesi için hastanın tıbbi kayıtlarının yeterince iyi olması, gerektiği belirtilmektedir.

TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ VE HASTA TATMİNİ BOYUTU

ABD'de özellikle 1950'li yıllardan sonra endüstride kalite konusunda yeni bir felsefenin temelleri atılmaya başlamıştır. Toplam Kalite Yönetimi (TKY) olarak adlandırılan bu yeni felsefe bir "fikir devrimi" yaratmıştır. Ve bu devrim, büyük ölçüde Deming'in ilkelerinden kaynaklanmıştır(26). Deming'in yanısıra, TKY'nin endüstrideki öncülerinin arasında Juran, Crosby, Feigenbaum, Ishikawa gibi yazarlar da yer almaktadır(27).

Endüstride temelleri atılan ve başarısı kanıtlanan TKY, 1980'li yıllardan itibaren sağlık sektöründe de tartışılmaya hatta uygulanmaya baş-

lanmıştır. Amerika'da pek çok hastane ve Sağlık Sürdürme Organizasyonları (Health Maintenance Organizations-HMO) daha az kaynak kullanarak kaliteyi artırmak için TKY'yi uygulamaktadırlar (28). TKY yaklaşımıyla birlikte kalite genel olarak, "tüketici beklenti ve ihtiyaçlarının karşılanması" şeklinde tanımlanmaya başlamıştır(29,30,31). Ancak bu tanım, TKY felsefesinin ortaya koyduğu bazı önemli noktaları vurgulamakta yetersiz kalmaktadır. Bu nedenle kaliteyi "örgütün tüm üyeleriyle, tüketici beklenti ve ihtiyaçlarının karşılanması yönünde sürekli bir çaba" olarak ele alan bir tanımın daha kabul edilebilir bir nitelik taşıdığı söylenebilir. Bu tanımla oluşturulan öğeleri teker teker incelediğimizde ise:

"sürekli bir çaba" ifadesi ile geçici bir süre için bile olsa performans limitleri olarak standartları kabul etmekten ziyade, bu standartları aşma çabasının önemi,

"örgütün tüm üyeleri" ifadesi ile sağlık bakımının üretildiği ve sunulduğu organizasyonel süreçler üzerinde çalışmanın yani organizasyondaki tüm çalışanların kaliteli hizmet sunumundan sorumlu olmasının ve sürece odaklaşmanın zorunluluğu vurgulanmaktadır,

"tüketici beklenti ve ihtiyaçları" terimiyle ise, hastaların tecrübeleri ve sonuçları hakkındaki değerlendirmelerinin, bazı teknik yönleri de dahil olmak üzere, kalitenin geçerli göstergeleri olduğu kabul edilmektedir(32).

TKY yaklaşımının beraberinde getirdiği bu bakış açısıyla, sürekli gelişme ve organizasyonun en üst kademesinden en alt kademesindeki çalışanlara değin tüm personelin kaliteli hizmet taahhüdünde bulunması ve bir kalite kültürünün oluşturulması elbette sağlık bakım hizmetlerinde de kaçınılmaz derecede önemlidir. Fakat anlamca TKY felsefesinin "tüketici beklentileri ve ihtiyaçlarının karşılanması" amacının sağlık bakım hizmetleri açısından değerlendirilmesi gerekmektedir.

Bu amaçla konuya öncelikle tüketici*** tatmininin ne ifade ettiğinin belirtilmesi ile başlamak gerekir. Hasta tatmini "algılanan kalite ile beklenen kalitenin bir fonksiyonudur". Bir hastanın hizmeti almadan önce bazı beklentileri vardır ve hizmetin sunumundan sonra ise geçirdiği tecrübeye dayalı olarak belli algılara sahip olur. Hasta, algıladığı kalite ile beklediği kalite arasında yaptığı kıyaslama sonucunda tatmin olup olmadığına karar verir (33). Şu halde sağlık bakım çıktılarından biri olan hasta tatmini boyutunun, sağlık hizmetleri ve bakım kalitesi açısından öneminden bahsetmek yararlı olacaktır.

* Disability: Diğer bireylerle yaş, cinsiyet ve meslek açısından karşılaştırıldığında bireyin fiziksel, ruhsal yada sosyal aktivitelerinin sınırlı olmasıdır(15).

** Illness: Genellikle disease kelimesi ile aynı anlamda kullanılmaktadır. Bireyin fiziksel, ruhsal olarak patolojik bulgular taşıması disease'i ifade ederken, kişinin kendisini hasta hissetmesi illness'i ifade eder (15).

*** Tüketici: Tüketici grubunda hastalar, kurum çalışanları, hükümet, sosyal güvenlik kuruluşları, işveren yer alır. Fakat bu makalede tüketici olarak sadece hastalar ele alınmıştır. Bu nedenle tüketici tatmini ile hasta tatmini eş anlamda kullanılmıştır.

Öncelikle bu sektörde hasta tatmini boyutunun bakım kalitesinin önemli bir unsuru olarak kabul edildiğini belirtmek gerekir. Bunun nedenlerini ise kısaca aşağıdaki şekilde sıralayabiliriz:

Hasta tatmini, hasta uyumu ve sonuç üzerinde olumlu olabilecek bir etkiyi de beraberinde getirir (34). Dolayısıyla tatmin edilmiş bir hasta, sağlık sorunlarının gerektirdiği bazı koşullara uyma konusunda daha açık ve net, kararlı davranışlar içinde olabilir ve bu da sunulan hizmetin sonucu üzerinde olabilecek negatif etkiyi ortadan kaldırabilir veya minimize edebilir. Örneğin, klinikte yatan diabetli bir hastanın kendisine verilen diyetle uyma konusunda göstereceği uyum, kandaki glukoz seviyesinin regülasyonu için önemlidir. Hastanın bu konuda olumsuz tutum ve davranışlarda bulunması, regülasyonu güçleştirebilir. Bu durumda hem hastanın hastanede kalış süresi ve bunun yaratacağı maliyetler artacak hem de hastanın regüle olmayan glukoz seviyesi istemeyen komplikasyonların ortaya çıkma yada ilerleme riskini arttırabilecektir.

Tatmin edilmiş bir hasta, sağlık hizmetlerinden yararlanma konusunda olumlu bir yargıya sahip olabileceği için hizmet kullanımı da etkilenebilecektir (35). Bunun önemi ise, sağlık hizmetlerinden yararlanma şekli ve zamanlamanın, sunulan hizmetin sonucu önemli ölçüde etkilemesinden kaynaklanmaktadır. Geç kalınmış bir vakaya sunulan hizmetten elde edilecek sonuç ile erken dönemde teşhis edilip tedavisi yapılan bir vakaya sunulan hizmetten elde edilecek sonuç aynı olmayabilir. Geç kalınmış vakalarda, kalitesiz hizmet sunulan hizmetten elde edilecek sonuç aynı olmayabilir. Geç kalınmış vakalarda, kalitesiz hizmet sunuluyor şeklinde yanlış yorumlamalar bir yana, hastanın sağlık düzeyinin korunamaması yada iyileştirilememesi de söz konusu olabilir.

Bazı yazarlar, kaliteli hizmet hasta tatmini satınalma kararı şeklinde ifade edilen bir ilişkinin söz konusu olduğunu ileri sürerler. Bu ilişkiye göre, kaliteli sağlık hizmeti sunulduğu takdirde hasta tatmin edilmiş olacaktır. Bu da hastanın hizmeti satınalma kararını etkileyebilecektir(36). Örneğin, önceki tecrübelerine dayanarak, sunulan sağlık hizmetinden memnun kalan bir hastanın özel bir hastaneye yada özel bir hekime başvurma gibi bir seçeneği varsa, hangi hastane yada hekimden memnun kalmışsa onu tercih edecektir.

Şu halde sağlık sektöründe kaliteyi sadece tüketici merkezli ele almak mümkün olabilir mi? Bu soruya cevap vermeye çalışmak amacıyla üretim sektörü ile hizmet sektörü ve de sağlık sektörü arasındaki farklılıkları gözden geçirmek konunun değerlendirilmesine ışık tutabilir.

1. Üretim sektöründe faaliyet gösteren kuruluşlar için talep artışı, kar artışını da beraberinde getirir. Bu nedenle tüketici tatmini bu sektörde önemlidir. Oysa sağlık sektöründe özellikle kamu sağlık kuruluşlarında tüketici tatmini genellikle bir problem olarak görülmez. Çünkü bu sektörde serbest pazarda rekabet edebilmenin yarattığı baskılar ve bu baskıların harekete geçirdiği kalite yönetim programları oluşturma ihtiyacı duyulmaz(37).

2. Ürünün Doğası: Bir mal "bir nesne, bir araç, bir şey" iken, bir hizmet "bir eylem, bir performans bir çabadır". Bu nedenle bir performansı pazarlamak bir nesneyi pazarlamaktan çok farklıdır. Üretilen bir mal elle tutulur, gözle görülür nitelikte olmasına karşın sunulan bir hizmet tam tersidir (38,4).

Sağlık hizmeti sunulan hastaların yargıları daha çok personelin nazik, kibar davranışlarına ve onların hastalarla kurdukları iletişim kalitesine bağlıdır(37). Hasta tatmininde özellikle iletişimin önemli rolü vardır. Çünkü hastanın tatmini olup olmaması yanlış anlama, belirsizlik, yeterli bilgi alamama gibi sebeplerle etkilenir. Bu nedenle hasta tatmininde özellikle hasta-hekim arasındaki iletişimin önemli payı vardır. Hasta-hekim arasında kurulacak iyi bir iletişim, hastanın tam ve doğru olarak öyküsünün alınmasından teşhisi, tedavisi ve belkide hastanın hastanede yattığı süre boyunca kazanabileceği davranış değişikliğine varana değin pekçok şeyi etkileyebilecektir.

3. Sağlık sektörü yüksek düzeyde profesyonel yeterlilik gerektirir. Hasta her konuda yeterli bilgi ve beceriye sahip olmayabilir (37). Buna karşın hastalar genellikle bir sağlık hizmeti almak üzere başvurdukları kurumda sunulan hizmetin kendileri için rahat, konforlu, temiz olması, kendini güvende hissetme, güler yüzlü personel tarafından hizmet edilme, doktoruyla rahat ve her konuda iyi bir diyalog kurabilme gibi bazı beklentilerinin gerçekleşmesi arzusunu taşır. Buna karşın teknik olarak hasta, hangi tedavinin kendisi için uygun, etkin olacağına karar veremeyebilir. Yada kendisinden teşhis ve tedavi sürecinde alınacak kararlara katılması istendiğinde "bilmiyorum, hekim sizsiniz" şeklindeki bir yanıtla kendi değerleri ve beklentilerinin önemini farkında olmayabilir (39). Veya hasta sağlık kurumuna getirildiğinde, istedik bir katılımı engelleyebilecek olumsuz durumlar söz konusu olabilir. Örneğin, hastanın bilinci yerinde olmayabilir.

4. Hizmet organizasyonları tüketiciyle direkt temas halindedir. Dolayısıyla iletişim yüzyüze gerçekleşir. Oysa bir malın üretimi süresince fabrikada yada atölyede çalışanlarla tüketiciler yüzyüze gelmezler. Bir malın nasıl üretildiği, çalışanların giyimi, konuşması, davranışlarının tüketiciyi etkileme olasılığı hizmet organizasyonlarınınkinden çok daha

düşüktür. Bir başka deyişle, hizmet organizasyonlarında tüketiciler üretimde bizzat yer alırlar. Bu, tüketicilerin gerek fast-food restoranlarda olduğu gibi self-servis yapılarıyla gerekse otel, hastane gibi yerlerde hizmet personeliyle işbirliği yapılarıyla gerçekleşir (38,4). Dolayısıyla tüketiciyle direkt temas halinde olunan hizmet organizasyonlarında tüketici tatmini önemlidir. Aynı şeyin sağlık hizmetlerinin tüketicisi olan hastalar açısından da geçerli olduğunu söyleyebiliriz.

5. Üretim sektöründe, üretilen malların stoklanması mümkün iken, hizmetlerin stoklanması mümkün değildir. Elbette ekipman, insangücü, bina vs. hizmet sunumu için hazır halde tutulabilir ancak bunlar ürünün kendisini değil verimli kapasiteyi temsil ederler. Bir hizmet işletmesinde kullanılmayan kapasite, tıkaçsız bir lavaboda akan musluğa sahip olmak gibidir: Hizmet alacak tüketiciler olmadığı takdirde hizmet akışı boşa gider (38,4). Bu konu özellikle özel sağlık kuruluşları açısından önemlidir.

6. Üretim sektörünün tüketicileri çok sayıda alternatif arasında seçim yapar ve personele ne istediğini açıklar. Bu sektördeki tüketici bir malı para vererek aldığı için daha titiz ve eleştireci özelliğe sahiptir. Aynı özelliğin özel sağlık kuruluşlarından yararlanan hastalarda da olması muhtemeldir. Oysa kamu sağlık kuruluşlarının hizmet sunduğu hastaların tümü masrafları kendi ceplerinden ödemezler. Hem direkt para ödemedikleri hem de kişisel bazı faktörlerden (yaş, eğitim düzeyi, sosyo-kültürel faktörler vs.) dolayı hastalar genellikle şikayette bulunma, kaliteli hizmet talep etme gibi kuruma ve de sisteme bu konuda baskı yapabilecek yapıda değildirler. Üstelik hasta tatmini önemli bir faktör olarak görülmediği için şikayet kanalları da çoğu zaman uzun süren çabaları gerektirmektedir. Kısaca özellikle kamu sağlık sektöründen yararlanan hastalarda "minnetarlık duygusu" nun ön planda olabileceğini söyleyebiliriz(37).

7. Kalite Kontrol Problemleri: Üretilen mallar, tüketicilere ulaştırılmadan önce belirlenen kalite standartlarına uygunluk açısından kontrol edilebilir. Fakat hizmetler üretildikleri gibi tüketilirler. Yani bir malın önce üretimi sonra satışı yapılırken, bir hizmet önce satılır sonra üretilir. Peki bunun ne önemi var? şeklinde bir soru sorulabilir. Bu konu şu açıdan önemlidir. Ortaya çıkan hataların veya ihmallerin gözlenmesi/kapatılması daha zorlaşır(38). Örneğin, yanlış bir tedavi sonucu bir hastanın sakat kalması yada ölmesi durumunda hatanın yada ihmalin sonuçlarının düzeltilmesi mümkün değildir. Hizmette bu tür istenmedik durumların önlenmesi çok sayıda genel ve özel kriterlerin önceden belirlenmesini

zorunlu kılar. Fakat bunu yapmak çok da kolay değildir. Çünkü sağlık hizmetlerinde sonuç çok sayıda faktörden etkilenir. Bu faktörler:

- Sağlık bakım müdahalesi sırasında bireyin temel mental veya fiziksel sağlık durumu,
 - Bireyin psikososyal, ekonomik ve fiziksel çevrenin sağlığı,
 - Tıbbi problemin doğası. Tedavi edilebilir nitelikte olup olmadığı yada tedaviye ihtiyacı olup olmadığı, eğer tedavi edilebilirse erken dönemde mi yoksa geç dönemde mi olduğu,
 - Teşhisin doğru konulup konulmadığı, ilave yanlış teşhisler olup olmadığı,
 - Doğru tedavinin reçetelenip reçetelenmediği,
 - Hastanın teşhis, tedavi sürecine tam olarak katkıda bulunup bulunmadığı,
- şeklinde sıralanmaktadır(49).

Bir üretim işletmesinde tüm malların tek tipte üretimi, kompleks bir yapıya sahip olan ve her hastanın ayrı bir birey olarak ele alınmasını zorunlu kılan sağlık hizmeti üretimi ile karşılaştırıldığında daha az komplekstir. Bu da sağlık hizmetlerinde kalite yönetiminde standartların oluşturulmasını zorlaştırmaktadır.

Sağlık sektöründe kaliteli bir hizmetin nasıl olması gerektiğine ilişkin gözönüne alınması gereken önemli bir noktayı belirtmek gerekir. Bu sektörde kalite farklı gruplar açısından farklı anlamlar taşımaktadır. Bu gruplar genel olarak hasta, profesyonel ve yönetici grubundan oluşmaktadır. Buraya kadar yapılan açıklamalarda, literatür incelemeleriyle elde edilen kalite tanımları, hastalar açısından kalitenin nasıl algılandığı, hasta tatmininin bu sektördeki yeri ve önemi ve de üretim ile hizmet ve sağlık sektörleri arasındaki bazı önemli farklılıklara değinildi. Aynı zamanda kaliteli bir sağlık bakım hizmeti için sadece hasta beklenti ve ihtiyaçlarının karşılanmasının yeterli olamayacağı da anlatılmaya çalışıldı. O halde hekim ve yönetici gözüyle kalite nedir?

Konuya hekimlerin perspektifiyle bakıldığında, ilgili odağını farklı bir konunun oluşturduğu görülür. O halde hekimlere göre sağlık bakım kalitesinin odak noktası nedir? Bir hekim açısından kalitenin anlamı bir hastaya doğru ve tam olarak tanı konulması ve mümkün olduğu kadar kısa sürede fiziksel ve tıbbi açıdan fonksiyonlarının optimal bir düzeye getirilmesidir(41). Bir başka ifadeyle hekim daha çok hizmetin teknik boyutuyla ilgilenir. Bir hekim fonksiyonlarını yerine getirirken, her türlü

imkanın kullanıma hazır olmasını ister. Mevcut kaynaklar arasında en etkin olanın seçimi ile ilgilenebilir. Kısaca kaynakların etkili kullanımı bir hekim için genellikle öncelik taşımaz. Bu arada hastayla olan iletişimin kalitesinin bakım sonucuna olan etkisi de ihmal edilerek hastayla hekim arasında yeterli olmayabilir. (37).

Sağlık bakım hizmetlerinde kaliteyi farklı bir bakış açısıyla ele alan bir diğer grup ise, sağlık bakım hizmetinin sunulmasında karar alma merkezi olan yönetimdir. Yönetim hastaların ihtiyacı olan bakımı sağlarken bunu mümkün olduğu kadar az kaynak harcayarak yapmak ister. Fakat bu bakış açısı, hekiminkiyle çatışabilir. Çünkü bir hekim için maliyet faktörü yukarıda da belirtildiği gibi yönetim kadar önemli değildir. Oysa sağlık hizmeti için ayrılan kaynakların etkili kullanımı da önemlidir. Tüm sağlık bakım kuruluşlarının temel amacının mümkün olan en kaliteli hizmeti mümkün olan en düşük maliyetle sağlamak olduğunu söyleyebiliriz(42). Ancak etkili olan bir hizmet, her zaman etkin olmayabilir. Ucuz hizmet sunumunda direterek etkinlikten feragat edilmemelidir. En etkin hizmet alternatiflerinden düşük maliyetli olanı tercih edilmelidir(17). Bu durumda sadece yönetici bakış açısıyla kaliteyi tanımlamanın da yeterli olmayacağı açıktır.

Kaliteli sağlık bakım hizmeti sunmanın ve bu amaçla gerekli mekanizmaların hayata geçirilmesinin önemi tartışma götürmez bir gerçektir. Bu doğrultuda kalitenin sağlık bakım hizmetlerinde neleri içermesi, hangi amaçları gerçekleştirmeyi hedeflemesi ise bir başka önemli noktadır. Bunu yapmanın gerekliliği bir yana zorluğu da kabul edilmektedir. Buna karşın kalite pek çok kereler tanımlanmaya çalışılmıştır. Ancak bir noktanın altını çizmek gerekir. Hasta tatmini kaliteli hizmetin önemli bir parçasıdır. Fakat hastaların beklenti ve ihtiyaçlarını tatminin yanısıra hekim ve yönetici grupların odaklaştığı noktalar da kaliteli hizmet sunumunda önemlidir. Bunun da ötesinde sağlık sistemi genelinde düşünüldüğünde, hizmette eşitlik, uygunluk, ulaşılabilirlik gibi diğer özelliklerin de kaliteli hizmet sunumundaki önemi gözardı edilmemelidir. Sonuç olarak şunu söylemek mümkündür. TKY sadece endüstride değil son yıllarda sağlık bakım endüstrisinde de en ümit verici yeniliklerden biri olarak görülmektedir. Bu kalite yönetim metodu, yönetim felsefesi kaliteli mal ve hizmet sunumunda tüketiciyi ön plana çıkarmıştır. Ancak sağlık sektöründeki tüketicilerin (hastaların) özelliklerinden ve de hizmetin doğasından dolayı sadece hasta beklenti ve ihtiyaçlarının kriter olarak alınması kaliteli hizmet sunma amacını gerçekleştirilmeye yetmeyecektir.

KAYNAKLAR

1. Doyle, C., ve Diğerleri (1992), "Total Quality Management in Health Sector". s: 131-140. Chytil, M. K.; Duru, G.; Eimeren, W. V. (Ed.) *Health Systems The challenge of Change, proceedings of the Fifth International Conference on Systems Science in Health Care*, Omnipress Publisher, Praque.
2. Nevers, R. L., (1993), "Defining Quality is Difficult, but Necessary" *Health Care Financial Management*, February, s: 18.
3. Donabedian, A., (1969), *A Guide to Medical Care Appraisal Quality and Utilization*. American Public Health Association.
4. Ellis, R., Whittington, D., (1993), *Quality Assurance in Health Care: a Handbook*. Edward Arnold A Division of Holder and Stoughton, London Melbourne Auckland.
5. Ersoy, K., (1989), "Apendisit Vakalarının İncelenmesi Yoluyla Yatış Süresi Kontrol Modeli Oluşturma". (Yayınlanmamış Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü), Ankara.
6. Sloan, F., A., Blumstein, J., F., Perrin, J., M., (editörler), Tancredi, L., R., (1988), "Defining, Measuring, and Evaluating Quality of Care", *Cost, Quality and Access in Health Care*. Jossey Bass Publisher, USA.
7. Droste, T., (1988), "Quality Care: Elusive Concept Deserves Defining" *Hospitals*. June 5, s: 58-59.
8. *Dictionary of Health Services Management*, (1987), National Health Publishing.
9. Greene, R., (1976), *Assuring Quality in Medical Care*, Ballinger Publishing Company Cambridge, Massachusetts.
10. Kritchevsky, S., B., Simmons, B., P., (1991), "Continuous Quality Improvement: Concepts and Applications for Physician Care" *Journal of American Medical Association*, Vol: 266, s: 1823-1817.
11. Donabedian, A., (1990), "Contributions of Epidemiology to Quality Assessment and Monitoring" *Infection Control Hospital Epidemiology*, 11(3), s: 117-121.
12. Potter, C., ve diğerleri, (1994) "Continuous Quality Improvement in an Acute Hospital: A Report of an Action Research Project in Three Hospital Departments" *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 7(1), s: 4-29.
13. McEachern, E., J., ve Diğerleri (1991), "Quality Improvement: An Imperative for Medical Care" *Journal of Occupational Medicine*, 33 (3), March, s: 364-370.
14. Collopy, B., T., (1994), "Clinical Indicators as a Stimulus to QA in Hospitals" *International Journal for Quality in Health Care*, 6(4), s: 331-338.
15. *A Discursive Dictionary of Health Care*, (1976), U.S. Government Printing Office, Washington.
16. Endler, G., C.; Sokol, R., (1989), "Quality Assurance in a Large American Perinatal Center" *Acta Obstet Gynecol Scand*, Vol: 68, s: 417-422.
17. Buck, A., S., (1992), "Defining Quality in Health Care" *Military Medicine*, 157(5), s: 260-262.

18. Tischler, G., L., (1990), "Utilization Management and the Quality of Care" **Hospital and Community Psychiatry**, 41(10), October, s: 1099-1102.
19. Vuori, V., H., (1982), **Quality Assurance of Health Services: Concepts and Methodology**, Regional Office for Europe, World Health Organization, Copenhagen.
20. Donabedian, A., (1990), "The Seven Pillars of Quality" **Archives Pathology Laboratory Medicine**, Vol: 114, November, s: 1115-1118.
21. Banta, H., D., (1992), "Quality Assurance Issues and Pacts" **International Journal of Biomedical Comput.**, Vol: 30, s: 249-253.
22. Anderson, C., A., ve Daigh, R., D., (1991), "Quality Mind-Set Overcomes Barriers to Success" **Healthcare Financial Management**, 45(2), s: 21-32. Aktaran: Counte, M.A. (1992), "Total Quality Management in a Health Care Organization: How Are Employees Affected?" **The Journal of the Foundation of the American College of Health Care Executives**, 37(4), s: 503-518.
23. Donabedian, A. (1988), "Monitoring: The Eyes and Ears of Healthcare" **Health Progress**, 69(9), s: 38-43. Aktaran: Counte, M. A. (1992), "Total Quality Management in a Health Care Organization: How Are Employees Affected?" **The Journal of the Foundation of the American College of Health Care Executives**, 37(4), s: 503-518.
24. Shortell, S. (1990), "Adding Value is a Must for Supervisors and Thrivers" **Healthcare Executive**, 5(3), s: 17-19. Aktaran: Counte, M. A. (1992), "Total Quality Management in a Health Care Organization: How Are Employees Affected?" **The Journal of the Foundation of the American College of Health Care Executives**, 37(4), s: 503-518.
25. The American Medical Association's Council on Medical Service, (1987), "Quality of Care" **Quality Progress**, May, s: 22-24.
26. Casalou, R., F., (1991), "Total Quality Management in Health Care" **Hospital and Health Services Administration**, 36 (1), s: 134-146.
27. Butterfield, R., W., (1991), (Editör: Drewes, F., W.,) **Quality Dynamics for the Service Industry**. ASQC Quality Press, Milwaukee, Wisconsin.
28. McLaughlin, C., P.; Kaluzny, A., D., (1990), "Total Quality Management in Health: Making it Work" **Health Care Management Review**, 15(3), s: 7-14.
29. Mathews, B., (1992), "Case Study: The Implementation of Total Quality Management at the Charleston VA Medical Center's Dental Service" **Military Medicine**, Vol: 157, s: 21-24.
30. Hume, S., K., (1990), "Total Quality Management" **Health Progress**, October, s: 16-20.
31. Pescod, W., (1994), "Effective Use of a Common Problem-Solving Process as an Integral Part of TQM" **International Journal of Health Care Quality Assurance**, 7(7), s: 10-13.
32. Laffel, G., Blumental, D., (1993), (Ed:Al-Assaf, A.F., ve Diğerleri) "The Case for Using Industrial Quality Management Science in Health Organizations". **The Textbook of Total Quality in Health care**. St. Lucie Press Delray Beach, Florida.
33. Berry, L., L., ve Diğerleri (1985), "Quality Counts in Services, Too" **Business Horizons**, May-June, s: 44-52.
34. Simpson, M., ve Diğerleri, (1991), "Doctor-Patient Communication: the Toronto Consensus". **British Medical Journal**, 303 (30), November, s: 1385-1387.
35. Donabedian, A., (1980), **The Definition of Quality and Approaches to its Assessment**. Health Administration Press, Ann Arbor, Michigan.
36. Woodside, A., G., Frey, L., L., Daly, R., T., (1989), "Linking Service Quality, Customer Satisfaction, and Behavioral Intention" **Journal of Health Care Marketing** 9(4). s: 5-17. Aktaran: Taylor, S., (1994), "Distinguishing Service Quality from Patient Satisfaction in Developing Health Care Marketing Strategies" **Hospital and Health Services Administration** 39(2), s: 221-236.
37. Ovetveit, J., (1990), **Quality Health Services**. The University of West London Brunel Institute of Organization and Social Studies.
38. Lovelock, C., H., (1992), **Managing Services: Marketing, Operations, and Human Resources**. Prentice-Hall International, Inc. USA.
39. Steffen, G., E., (1988), "Quality Medical Care" **Journal of American Medical Association**, 260(1), July 1, s: 56-61.
40. Sutherland, R., W.,; Fulton, J., (1988), **Health Care in Canada, a Description and Analysis of Canadian Health Services**, the Health Group, Ottawa.
41. Lambird, P., E., (1990), "Resource Allocation and Cost of Quality" **Archives Pathology Laboratory Medicine**, Vol: 114, November, s: 1168-1172.
42. Donabedian, A., (1989), "Institutional and Professional Responsibilities in Quality Assurance" **Quality Assurance in Health Care**, 1(1), s: 3-11.