**SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE KARMAŞASI:**

**“SAĞLIK HİZMETLERİ ÇOK BOYUTLU KALİTE MODELİ”**

**İbrahim H. KAYRAL[[1]](#footnote-1)**

***ÖZET***

*Sağlık hizmetlerinde kaliteli hizmet sunumunun ya da hizmetlerin kaliteli olmasına dair duyulan beklentilerin gerçekte “ne” olduğu ve “nasıl” değerlendirilmesi gerektiği, üzerinde tartışmaların devam ettiği konular arasında yer almaktadır. Sağlık hizmetlerinde kalite literatürü incelendiğinde algılanan kalite, teknik kalite, müşteri kalitesi, organizasyon kalitesi, klinik kalite, hizmet kalitesi vb. birçok kalite kavramının ele alındığı görülmekte, ancak pratik hayatta bu kavramların kullanımı ve birbirleriyle ilişkileri farklı farklı algılanabilmektedir (Donabedian 1980; Ovretveit, 1998; Carman 2000; Rose, Uli, Abdul ve Looi Ng: 2004). Ele alınan çerçevede, çalışmada sağlık hizmetlerinde kalitenin tanımı yapılmaya ve sağlık hizmetleri kalitesinin ne şekilde değerlendirilebileceği, ortaya konulan bir model ile tartışılmaya çalışılmıştır.*

***Anahtar Kelimeler:*** *Kalite, Hizmet, Hizmet Kalitesi, Hastane Türleri.*

**QUALITY CONFUSION IN HEALTH SERVICES: MULTIDIMENSIONAL QUALITY MODAL IN HEALTH SERVICES**

***ABSTRACT***

*"What” is the expectation of quality in health services and "how" quality should be evaluated in health services delivery, is one of the subjects among ongoing discussions. As the issue of quality in health care are examined in the literature, so many concepts come up as perceived quality, technical quality, customer quality, organization quality, clinical quality and service quality, however the use of these concepts in practical life and their relationships with each other may be perceived differently (Donabedian 1980; Ovretveit, 1998; Carman 2000; Rose, Uli, Abdul ve Looi Ng: 2004). In this framework, quality is defined in health services and evaluation of health service quality is discussed within a modal.*

***Keywords:*** *Quality, Services, Service Quality, Types of Hospital.*

**1.GİRİŞ**

İnsan sağlığına verilen önemin her geçen gün artması, sağlık teknolojileri alanında yaşanan heyecan verici gelişmeler ve sağlık hizmeti alanların bu alanda bilinçlenmesi gibi faktörler sağlık hizmeti sunan kurumların özellikle artan rekabet şartları içinde daha dikkatli hareket etmeleri gerekliliğini ortaya çıkarmıştır. İşte bu hassasiyetin en temel ölçeği olarak karşımıza sağlık hizmetlerinde kalite olgusu çıkmaktadır. Ancak sağlık hizmetlerinde kaliteli hizmet sunumunun ya da hizmetlerin kaliteli olmasına dair duyulan beklentilerin gerçekte “ne” olduğu ve “nasıl” değerlendirilmesi gerektiği, üzerinde tartışmaların devam ettiği konular arasında yer almaktadır. Özellikle ödeme sistemleri ile birlikte ele alındığında hangi hizmet düzeyi için ne ödeneceği, sunulan hizmetin kalitesinin değerlendirilmesine ayrıca bir önem katmaktadır. Sağlık hizmetlerinde kalite konusu literatürde incelendiğinde algılanan kalite, teknik kalite, müşteri kalitesi, organizasyon kalitesi, klinik kalite, hizmet kalitesi vb. aynı alanda birçok kalite kavramı ele alınarak, pratik hayatta bu kavramların kullanımı ve birbirleriyle ilişkileri farklı farklı algılanabilmektedir (Donabedian 1980; Ovretveit, 1998; Carman 2000; Rose, Uli, Abdul ve Looi Ng: 2004). Yukarıda sayılan tüm faktörler çerçevesinde sağlık hizmetlerinde kalite; mikro ölçekte hastane yönetimlerinin ve çalışanlarının, makro ölçekte ise sektörde yer alan politika geliştiricilerden, sektör temsilcilerine kadar tüm paydaşların önemli gündem maddeleri arasında yer almaktadır. Ele alınan çerçevede, bu çalışmada öncelikte sağlık hizmetlerinde kalitenin tanımı yapılmaya çalışılacak, daha sonra sağlık hizmetleri kalitesinin ne şekilde ele alıp değerlendirilebileceği, ortaya konulacak bir model ile tartışılacaktır.

**2. LİTERATÜR VE TARTIŞMA**

Literatürde, sağlık hizmetlerinde kalite kavramının ne zaman ele alınmaya başlandığı konusunda farklı görüşler bulunmaktadır (Kaya, 2005: 17). Sağlık hizmeti sunumunda kalite kavramının sistematik değerlendirmesi yeni olmamakla birlikte (Graham, 1995: 16-17), farklı terminolojiler ve modeller ile farklı açılardan ele alındığında kalitenin farklı şekillerde anlaşıldığı ve tanımlandığı da görülmektedir. Bu açıdan değerlendirildiğinde, kavram üzerinde belki de sağlanan en önemli ortak kanı, sağlıkta kalitenin tek bir tanımının olmamasıdır (Blumenthal 1996; Brook, McGlynn and Cleary 1996; Saturno, Gascon and Parra 1997; Evans vd. 2001; Shaw ve Kalo 2002; Sunol ve Baneres 2003).

**2.1. Tanım**

Her ne kadar sağlıkta kalitenin birden çok ve çeşitli tanımı yapılsa da, literatür 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).

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). Legido-Quigley vd. (2008) Avrupa Birliği’nde “Sağlık Hizmetlerinde Kaliteyi Gerçekleştirmek” isimli çalışmalarında aynı şekilde sağlıkta kalitenin tanımlarını incelemişler ve Tıp Enstitüsü’nün 1990 yılında ortaya koydukları tanımı, sağlıkta kaliteye yönelik çalışmaların da başlangıç noktası olarak kabul etmişlerdir.

Donabedian tarafından yapılan tanım (1980) ile Tıp Enstitüsü’nün tanımı (1990) karşılaştırıldıklarında son tanımın sağlıkta kalitenin genel amacını; hastanın iyilik halinin en üst düzeye çıkartılmasından (total patient welfare), arzulanan sağlık sonuçlarına (health outcomes) ulaşmak şeklinde daralttığına ve sağlıkta kalitenin hedefini “hastalardan”, “bireylere ve topluma” yönelttiğine dikkat çekecektir (Evans et al. 2001).

İngiltere Sağlık Departmanı’nın (1997) yaptığı tanıma göre ise sağlıkta kalite; “doğru hizmetlerin, doğru kişilere, doğru zamanda ve ilk seferde doğru şekilde sunulması" şeklinde ifade edilmektedir.

Birleşik Devletler Sağlık Departmanı Sağlık Araştırmaları ve Kalite Birimi (2012) ise sağlıkta kalitenin tanımını, İngiltere Sağlık Departmanı ile benzer şekilde; “en iyi sağlık sonuçlarına ulaşmak için doğru hizmetlerin, doğru zamanda, doğru ve dengeli bir şekilde verilmesi olarak tanımlamaktadır. Burada dengeli bir şekilde hizmet verilmesi hizmetlerin yetersiz kalmaması, ihtiyaç duyulmayan hizmetleri sunarak aşırıya kaçılmaması ve yanlış hizmetler sunulmamasını ifade etmektedir.

Kalite, sağlık sektöründe farklı paydaşlar için farklı anlamlar içermektedir. Kaliteyi sisteme hâkim kılmanın yolu, farklı paydaş beklentilerinin dikkate alınması ve izlenmesidir. Tedarikçilerin, hastaların ve doktorların farklı beklentileri arasında mutlaka denge kurulmalı ve hesap verebilir niteliklere sahip bir sistem tasarlanmalıdır (McGlynn, 1997: 7).

Türkiye Sağlık Bakanlığı’nın (2012) resmi internet sayfasında deklare ettiği tanımda ise kalite, en iyi sağlık sonuçlarına ulaşmak amacıyla, ihtiyacı olan herkese, çalışan güvenliği ve memnuniyetinden ödün vermeden, yeterli kaynaklara sahip tesislerde, iyi eğitilmiş uzmanlar tarafından, doğru uygulamalarla, doğru zamanda eşit hizmetin sağlanması olarak ifade edilmektedir. Bu tanım sağlık hizmetlerinde kalitenin genel tanımı olarak ifade edilmekte ve sonrasında sağlık hizmetlerinde kalite klinik kalite ve hizmet kalitesi olarak ayrı ayrı tanımlanmaktadır.

**2.2. Boyutlar**

Yukarıdaki tanımlar incelendiğinde bazı tanımların sonuçlara, bazı tanımların ise sağlıkta kalitenin aynı zamanda nasıl elde edileceğine dair ifadeleri içerdiği görülmektedir. Sağlık hizmetlerinde kalitenin ne olduğu konusu aynı zamanda kalitenin nasıl ele alınıp ölçüleceği konusu ile iç içe geçmiş gibidir. Dolayısıyla sağlık hizmetlerinde kalitenin ortaya konulması aynı zamanda kalitenin tek tek hangi boyutlardan oluştuğunun ifade edilmesi şeklinde de karşımıza çıkmaktadır. Örneğin Donabedian (1980), sağlık hizmetlerindeki kalite ölçümüyle ilgili çalışmasında; kalitenin üç boyutundan bahsetmektedir. Bu boyutlar, teknik boyut, kişilerarası ilişkiler ve hizmet verilen tesisin konforu olarak sıralanmaktadır.

Ovretveit’e göre sağlık hizmetlerinde kalitenin üç boyutu bulunmaktadır. Bunlar; müşteri kalitesi, profesyonel kalite, yönetim kalitesidir (Ovretveit, 1998: 4, 162-164, Kaya, 2005: 13-14). Kaliteyi tanımlamada altı boyuttan bahseden Maxwell’e göre ise kaliteyi oluşturan boyutlar şunlardır (Maxwell, 1992: 172): Etkililik, kabul edilebilirlik, verimlilik, erişilebilirlik, hakkaniyet, uygunluk. Maxwell’in ele aldığı boyutlarda, Donabedian’in (1988) tanımladığı boyutlara ek olarak uygunluk boyutu varken, güvenlik boyutu göz ardı edilmiştir. Bir başka çalışmada ise, kalite dört boyutta incelenmiştir. Bunlar; hizmet ortamında sunulan imkânlar, standartlara uygunluk, zamanlılık ile insan faktörü ve davranışsal özellikleridir (Turner vd., 1998, 20).

Lehtinen (1991) hizmet kalitesini; fiziksel kalite, işletme kalitesi ve etkileşim kalitesi olarak tanımlamıştır. Cunningham tarafından 1991 yılında yapılan çalışmada; hastanelerde hizmet kalitesi üç boyut altında incelenmiştir. Bunlar; klinik kalite, hasta temelli kalite ve ekonomik temelli kalitedir (Rose, Uli, Abdul ve Looi Ng: 2004: 148).

1995 yılında Tomes ve Peng Ng’nin çalışmasında ise, hizmet kalitesi boyutları, empati, maliyet, hastayı anlama, saygıya dayalı ilişkiler, dini ihtiyaçlar, yemek servisi, doktor çevresi ve itibar olarak sekiz faktörde incelemiştir (Tomes ve Peng Ng 1995: 31).

Carman (2000) ise, Amerika Birleşik Devletleri’nde yaptığı çalışmasında, hastanelerdeki hizmet kalitesini iki boyutta incelemiştir. Bunlar, teknik boyut ve konaklama boyutudur. Teknik boyut, hemşire ve doktorluk hizmetlerini kapsamaktadır. Konaklama boyutu ise yönetimsel boyutu olup; yemek servisi, gürültü, oda sıcaklığı, temizlik ve hastanenin park alanı gibi faktörleri kapsamaktadır (Carman 2000: 347). Carman’ın çalışmasındaki boyutlar, Grönroos’ün (1984) teknik ve fonksiyonel kalite ayrımına benzemektedir.

Legido-Quigley vd. (2008) yukarıda da bahsedilen ve birçok yazar ve kurum tarafından ele alınan kalitenin farklı boyutlarını derledikleri çalışmadan yararlanılarak hazırlanan aşağıdaki çizelge, sağlık hizmetlerinde kalitenin boyutlarını özetlemektedir.

**Çizelge 1. Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Boyutları**

****

 ***Kaynak:*** *Donabedian 1988, Maxwell 1992: Departmant of Health 1997; Avrupa Konseyi 1998 IOM 2001; JCAHO 2006; Accredittation Canada 2012; Sağlık Bakanlığı (Türkiye) 2012.*

Çizelgenin incelenmesiyle de görüleceği üzere en sık kullanılan boyutlar: Etkinlik/etkililik, verimlilik, erişilebilirlik, güvenlik, hakkaniyet, uygunluk, zamanlılık, kabul edilebilirlik, tatmin heveslilik/duyarlılık/hasta odaklılık, sağlıkta gelişme ve sağlık hizmetlerinin sürekliliği olarak sıralanmaktadır.

**2.3. Kalitenin Boyutları mı Hedefleri mi?**

Çalışmanın başında ele alınan tanımlar ve devamında ortaya konulan kalitenin boyutları birlikte değerlendirildiklerinde, sağlık hizmetlerinde kalitenin hedefleri ile bu hedeflerin gerçekleşip gerçekleşmediğinin ya da uygulanmasının ne şekilde değerlendirileceği konusunun ayrı ayrı ele alınması gerektiği ortaya çıkmaktadır. Örneğin sağlık hizmetlerinde “güvenliğin” sağlanması, kaliteli bir sağlık hizmetinin hedefi niteliğindedir ve bunu başaran bir hizmet sunumu kaliteli olarak ifade edilebilir. Aynı şekilde etkinliğin, memnuniyetin, hizmete erişimin sağlanması vb. boyutların, iyi tasarlanmış ve hayata geçirilmiş bir hizmet sunumu sonucunda ulaşılacak hedefler olarak yorumlanması uygun düşecektir.

Sağlık hizmetlerinde kalitenin hedeflerinin belirlenmesi ve kalitenin ne olduğunun tanımlanmasından sonra, hedeflere nasıl ulaşılacağı ve sonuçların ne şekilde ölçülüp değerlendirileceği, kalitenin sağlanmasında bir diğer önemli noktadır.

**2.4. Sağlıkta Kalitenin Değerlendirilmesi**

Donabedian (1988) sağlık hizmetlerinde kaliteyi; yapı, süreç ve çıktı kalitesini ele alarak değerlendirilebileceğinden bahsetmiş ve bunu doğru ve iyi çıktıların, doğru süreçler, doğru süreçlerin ise ancak iyi bir yapı ile elde edilebileceğini savunarak ortaya koymuştur. Yazara göre yapı (ya da girdi), sağlık hizmetinin sunulduğu kurumun bina, teknoloji, sermaye gibi maddi kaynaklarını, sağlık profesyonellerinin nitelik ve nicelik özelliklerini kapsayan insan kaynakları ve entelektüel sermayesini içermektedir. Süreç ise belirli girdiler ya da kaynakların ne şekilde kullanılarak nasıl bir hizmet sunulduğunu ifade etmektedir. Süreçler tanı koyma, tedavinin uygulanması gibi hastayla ilgili ve personelin ödeme sistemleri, finansmanın sağlanması gibi yönetim faktörlerini kapsamaktadır. Sonuçlar ya da çıktı boyutu ise ölüm oranları, sağlıkta elde edilen iyileşme vb. sağlık hizmeti sunumunun etkilerini ifade etmektedir (Legido-Quigley vd. 2008).

Ancak görüleceği üzere bu boyutlarda i) hizmet alanların beklenti ya da algıları yer almamakta, kalitenin daha çok teknik ayağı ele alınmakta, ii) ayrıca elde edilen çıktı/sonuç faktörü ise daha çok hizmetlerin klinik çıktılarına odaklanmaktadır.

**2.5. Beklenen ve Algılanan Kalite mi, Teknik ve Fonksiyonel Kalite mi?**

Literatür incelendiğinde sağlık hizmet kalitesinin değerlendirilmesine yönelik çalışmaların bir kısmı hizmetlerin hasta tarafından değerlendirildiği çalışmalardır. Bu çalışmalarda algılanan kalite, beklenen kalite kavramları tartışılmakta, ağırlıklı olarak algılanan kalite ile beklenen kalite arasındaki farkı ölçen Servqual ya da beklentiyi göz ardı ederek sadece performansın ölçüldüğü Servperf modelleri kullanılmaktadır (Parasuraman vd.,1991, Cronin ve Taylor, 1992). Modellerden, müşterinin algıladığı hizmet kalitesini ölçmeye yönelik olan model (Servqual), daha yaygın kullanılmaktayken, hizmetin performansına yönelik olan modeli (Servperf) daha az kullanıldığı görülmektedir (Parasuraman vd.,1990, Cronin ve Taylor 1994, Carman, 1990:33).

Sağlık hizmetlerinin hasta tarafından teknik olarak değerlendirilmesi, hizmet alan ve hizmeti sunan arasındaki asimetrik bilgi probleminden dolayı çoğu zaman mümkün olmamaktadır. Dolayısıyla kalite kavramını hasta tatmininin sağlanması için müşteri istek ve ihtiyaçlarının karşılanması açısından ele alan yukarıdaki yaklaşımlar, teknik boyutu göz ardı etmektedirler. Hizmetin teknik olarak “ne” olduğundan çok bu hizmetlerin hastaya “nasıl” sunulduğu, bir diğer deyişle hizmetlerin fonksiyonel kalitesi, asimetrik bilgi ikilemindeki hastanın kaliteyi nasıl algıladığı açısından hizmetin önemli detaylarını barındırmaktadır (Grönroos, 1984; Donabedian, 1988; Ardıç ve Güler,2000).

**2.6. Sadece Klinik Çıktılar Yeterli mi?**

Sağlık kurumlarında sunulan sağlık hizmeti çıktılarını besleyen diğer tüm hizmetlerin çıktıları, en az sunulan hizmetin klinik sonuçları kadar önemlidir. Örneğin en iyi tanı ve tedavi sürecinden geçmiş bir hastanın sedyeyle transferi esnasında yetersiz bir personel tarafından düşürülmesi ya da ameliyat esnasında kesilen elektrikler ve devreye girmeyen jeneratörler tanı ya da tedaviyle ilgili olmaktan çok klinik hizmetler dışındaki hizmet unsurlarıyla ilişkili aksaklıklardır. Böyle bir hata çoğu zaman bir sağlık hizmeti personelinden çok organizasyonel hatalar zincirinin bir unsuru olmaktadır. Bu bakış açısıyla, özellikle karmaşık yapılarıyla hastane işletmelerini ele aldığımızda klinik çıktıların yanında organizasyondaki diğer hizmetlerin çıktılarının da sınıflandırılarak ölçülüyor olması ayrı bir önem taşımaktadır.

Sağlık hizmetlerinde kalitenin, çalışmanın bu kısmına kadar ele alınan tüm boyutları bir arada değerlendirildiğinde görülmektedir ki sağlıkta kalite birçok farklı açılardan ele alınmakta ancak kalitenin tanımından, bileşenlerine ve boyutlarına kadar ifade edilen unsurları birbirleriyle iç içe geçmiş ya da bazı unsurları dışarıda bırakılarak ortaya konulmuştur. Çalışmanın bundan sonraki bölümünde bu karışıklığı bir nebze ortadan kaldırmaya yönelik olarak sağlık hizmetlerinde kalitenin belirleyicileri, literatürde daha önce ifade edilen birçok boyutun bütüncül olarak ele alınmasıyla ortaya konulmaya çalışılacaktır.

Grönroos (1984), Parasuraman vd. (1985) hizmet kalitesinin beklenen ve algılanan kalite arasındaki fark olduğu şeklinde önerdikleri model, Frost ve Kumar (2000) tarafından ortaya konulan “İç Hizmet Kalitesi Modeli” ile geliştirilmiş bu modelde kalitenin destek personeli ve direkt hizmet personeli ayrımına dikkat çekilerek ölçülmesi önerilmiştir. Literatürde teknik kalite olarak adlandırılan alanın kapsamı dışında kalan bu değerlendirmeler, bir diğer deyişle hastaların hizmet kalite algısını belirleyen noktalar, daha çok konunun teknik boyutunun dışında kalan hasta-doktor ilişkisi ve/veya hastane ortamı gibi fonksiyonel kaliteyi oluşturan dolaylı nitelikteki kriterler olmaktadır (Grönroos1984, Donabedian, 1988, Bowers vd., 1994; Ettinger, 1998).

Sağlık hizmetlerinde kalitenin ele alınış şekliyle ilgili olarak ortaya konulan bir diğer bakış açısı ise Saturno ve arkadaşlarının (1997) kalitenin 3 düzeyde incelenebileceğine ve uygulanabileceğine dair yaptıkları tespittir. Yazarlara göre birinci düzey yer alan genel kalite bakış açısı tüm hizmetler için kullanılabilmektedir. İkinci düzeyde ise sadece belli hizmet grupları söz konusuyken, üçüncü düzey, sağlık kurumu tarafından sunulan özellikli ürünleri ifade etmektedir. Saturno vd’nin ortaya koydukları bu yaklaşım, kalite kavramının farklı düzeylerde ele alınmasının gerekliliğini ortaya koymaktadır. Sağlık hizmeti sunan kurumların kompleks yapılar olması, sunulan hizmetlerin ve çıktılarının birçok açıdan farklılıklar göstermesi dikkate alındığında kalite çalışmalarının hayata geçirilmesi ve değerlendirilmesinde böyle bir seviyelendirmenin yapılması uygun düşecektir.

 **Şekil 1. Sağlık Hizmetleri Çok Boyutlu Kalite Modeli**

Ortaya konulan modelde, sağlık hizmetlerinde kalitenin belirleyicileri ile bunların birbirleriyle ilişkileri gösterilmeye çalışılmıştır. Sağlık kurumunun sunduğu hizmetler Donabedian’ın (1988) ortaya koyduğu yapı, süreç ve çıktı şeklindeki kavramsal yapı üzerine oturtulmuş, bu yapı teknik ve fonksiyonel kalite için ayrı ayrı değerlendirilmiştir. Burada teknik kalite, sunulan hizmetin teknik olarak olmazsa olmazlarını ifade ederken, fonksiyonel kalite daha çok hizmet sunumunu kolaylaştırmaya, görselleştirmeye yönelik olan unsurlarını içermektedir. Bu sayede, sunulan hizmetlerin örneğin yapısal özelliklerinin hem teknik hem de fonksiyonel unsurlarıyla ele alınıp değerlendirilmesinin daha sistematik olacağı düşünülmektedir.

Sağlık kurumlarında sunulan hizmetlerin karmaşıklığı sadece kalite unsurlarının sınıflandırılması ile değerlendirildiğinde (yapı, süreç, çıktı ya da teknik ve fonksiyonel) özellikle hizmetin sorumluluk alanları açısından ele alındığında yeterli olmayacaktır. Bu bakış açısıyla modelde, hizmetlerin doğru teşhis ve tedaviyi içeren sağlık hizmetleri, tedavi öncesi hazırlık ve sonrası bakımı içeren hemşirecilik ve bakım hizmetleri, son olarak bunların dışında kalan diğer tüm hizmetleri içeren otelcilik ve destek hizmetleri şeklinde ele alınabileceği önerilmektedir.

Ortaya konulan sağlık hizmeti kalitesinin boyutları bir arada değerlendirildiklerinde, model aşağıdaki matris aracılığıyla daha kolay değerlendirilebilecektir.

**Çizelge 2. Sağlık Hizmetleri Çok Boyutlu Kalite Matrisi**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |   | **Yapı(Ne İle?)**  | **Süreç(Nasıl?)**  | **Çıktı(Ne?)**  |
| **Sağlık HizmetiSunumu** | **Teknik** | Sağlık Hizmetlerinin Teknik Yapı Kalitesi | Sağlık Hizmetlerinin Teknik Süreç Kalitesi | Sağlık Hizmetlerinin Teknik Çıktı Kalitesi(Klinik Kalite) |
| **Fonksiyonel** | Sağlık Hizmetlerinin Fonksiyonel Yapı Kalitesi | Sağlık Hizmetlerinin Fonksiyonel Süreç Kalitesi | Sağlık Hizmetlerinin Fonksiyonel Çıktı Kalitesi |
| **Hemşirelik ve Bakım HizmetiSunumu** | **Teknik** | Hemşirelik ve Bakım Hizmetlerinin Teknik Yapı Kalitesi | Hemşirelik ve Bakım Hizmetlerinin Teknik Süreç Kalitesi | Hemşirelik ve Bakım Hizmetlerinin Teknik Çıktı Kalitesi |
| **Fonksiyonel** | Hemşirelik ve Bakım Hizmetlerinin Fonksiyonel Yapı Kalitesi | Hemşirelik ve Bakım Hizmetlerinin Fonksiyonel Süreç Kalitesi | Hemşirelik ve Bakım Hizmetlerinin Fonksiyonel Çıktı Kalitesi |
| **Otelcilik ve Destek Hizmetleri Sunumu** | **Teknik** | Otelcilik ve Destek HizmetlerinTeknik Yapı Kalitesi | Otelcilik ve Destek HizmetlerinTeknik Süreç Kalitesi | Otelcilik ve Destek HizmetlerinTeknik Çıktı Kalitesi |
| **Fonksiyonel** | Otelcilik ve Destek HizmetlerinFonksiyonel Yapı Kalitesi | Otelcilik ve Destek HizmetlerinFonksiyonel Süreç Kalitesi | Otelcilik ve Destek HizmetlerinFonksiyonel Çıktı Kalitesi |

Sağlık Hizmetleri Çok Boyutlu Kalite Matrisinde ortaya konulan alanlardan bazıları için, aşağıda örnekler verilmeye çalışılacaktır;

*Sağlık Hizmetlerinin Teknik Yapı Kalitesi*: Uzman hekimlerin nitelik ve nicelik yeterliliği, ameliyathane, poliklinik, laboratuvar vb. alanların teknoloji vb. altyapı unsurlarıyla teknik kalitesi.

*Sağlık Hizmetlerinin Teknik Süreç Kalitesi:* Muayene, teşhis ve tedavinin bilimsel gereklilikleri yerine getirecek şekilde öncelik ilişkisini gerçekleştirilmesini sağlayacak tüm süreçler.

*Sağlık Hizmetlerinin Teknik Çıktı Kalitesi (Klinik Kalite);* Kanıta dayalı tıp uygulamaları ile teşhis ve tedavi sonuçlarının doğruluk düzeyleri ile sağlanan iyileşmeler. Örn: Başarılı cerrahi operasyonlar, işitme bozukluğunun ortadan kaldırılması vb. laboratuvar sonuçlarının doğruluğu gibi.

*Hemşirelik ve Bakım Hizmetlerinin Fonksiyonel Süreç Kalitesi:* Hastanın bakım hizmeti alım sürecindeki tüm işlemlerin hasta odaklı tasarlanmış olması.

*Otelcilik ve Destek Hizmetlerin Teknik Yapı Kalitesi:* Karşılama, yönlendirme, danışma, yemekhane vb. diğer personelin nitelik ve nicelik yeterliliği.

*Otelcilik ve Destek Hizmetlerin Fonksiyonel Çıktı Kalitesi:* Taburcu ve yatış hizmetlerinde bekleme süreleri.

Elbette yukarıda ifade edilen tüm boyutlar aynı zamanda birçok farklı dışsal faktör tarafından etkilenmektedir (Kavuncubaşı, 2000). Bu faktörleri kurumun hizmet verdiği ülkedeki bakanlık vb. resmi otoritelerin esas aldıkları temel kalite standartları, yine hizmet sunulan ülkenin kurumlara, yöneticilere ve personele yönelik politikaları, tıp bilimindeki ve teknolojilerindeki gelişmeler, sivil toplum kuruluşları, uluslararası diğer standartlar vb. olarak sıralamak mümkündür.

Ancak buraya kadar modelde ele alınan tüm boyutlar ya da unsurlar tek başlarında sağlık hizmetlerinde kalitenin sağlanmasında yeterli olmamaktadır. Çalışmanın başında ele alınan ve sağlık hizmetlerinde kalitenin temel hedefleri niteliğinde olan etkinlik, etkililik, güvenlik gibi boyutların da kalite uygulamaları ve değerlendirmelerinde matristeki her bir alan için ayrı ayrı ve farklı ağırlıklarıyla belirlenmesi gerekmektedir.



**Şekil 2. Sağlık Hizmetleri Çok Boyutlu Kalite Matrisi ve Kalite Hedefleri İlişkisi**

Sağlık hizmetlerinde kalitenin belirleyicisi büyük ölçüde insan faktörüdür. Özellikle sağlık personelinin hastalara yönelik tutum ve davranışları hastaların beklentilerinin sağlanmasında ve memnuniyet düzeylerinde önem taşımaktadır. Bu alanda yapılan çalışmalar incelendiğinde hasta memnuniyetini etkileyen faktörlerin başında hasta ile yoğun temas içinde olan hekim ve hemşirelerin davranışlarının geldiği ortaya konulmaktadır (Kavuncubaşı, 2007;193).

Hizmet sunumunda ele alınan tüm bu boyutlar sonucunda ortaya çıkan hizmet sunum kalitesi, hizmeti alanların algı süzgeçlerinden geçecek ve yine hizmet alanların beklentileri ile karşılaştırıldığında, ortaya *algılanan hizmet kalitesi* çıkacaktır. Algılanan hizmet kalitesi açısından, özellikle kurumsal iletişim faaliyetleri, kurumsal imaj, geçmiş tecrübeler gibi hususlar birarada ele alındıklarında, sağlıkta hizmet kalitesinin sağlanmasına yönelik hedeflerin arasında hasta odaklı olmanın ayrıca önem taşıdığı savunulabilecektir (Parasuraman vd.,1985, Brogowicz vd. 1990).

Buraya kadar ele alınan noktada sağlıkta hizmet kalitesinin belirlenmesinde bazı önemli faktörlerin de belirtilmesinde fayda görülmektedir. Kalitenin tüm boyutları yukarıda ifade edilen hedeflerle şekillenmesinin yanı sıra, aynı zamanda kalite çalışmalarına hangi bakış açısıyla bakıldığı da önemlidir. Donabedian (1980), bu noktada sağlıkta kalitenin sağlanmasının “maksimalist” ya da “optimalist” çerçevede ele alınabileceğini ifade etmektedir. Belirtilen iki kavram arasındaki fark, kalitenin finansal maliyetlerinin dikkate alınıp alınmaması noktasında ortaya çıkmaktadır. Optimalist yaklaşım, kalitede önemli iyileştirmeler sağlamayan ancak büyük harcamalar gerektiren kalite yatırımlarından kaçınılması gerekildiğini ortaya koymaktadır. Son yıllarda, özellikle finansal krizler neticesinde sağlık bütçesinin kesintiye gidilmesi halinde hizmetlerde sürdürülebilirliğin sağlanması ve kalite düzeylerinin korunabilmesi adına, maliyetleri de dikkate alan değer temelli yaklaşımların, sağlıkta kalite sistemlerinde dikkate alınması gereken önemli bir unsur olduğunun belirtilmesi önem taşımaktadır (Crump ve Adil, 2009,339).

**3. SONUÇ**

Her ne kadar kalite iyileştirme uygulanmalarının önünde idari direnç, çalışanların gönülsüz olmaları, sağlık kurumlarındaki hiyerarşik yapı ve bu yapının değişime karşı koyması ya da uygulamalardan birinci derecede sorumlu olanların, alışkanlıklarını değiştirmelerindeki direnç gibi engeller olsa da sağlık hizmetlerinde kalite çalışmaları önemini korumaktadır (Clemmer vd., 1999). Sağlıkta kalite alanında yapılan çalışmalar hasta bakımı kalitesini yükseltmekte, sağlık harcamalarının daha verimli kullanılmasında da yardımcı olmaktadır. Ancak bu çalışmaların ortaya konulmasında yardımcı olacak kalitenin tanımı, boyutları, hedefleri ve kalitenin nasıl uygulanıp değerlendirileceği konuları özellikle uygulayıcılar açısından kavramsal bir karmaşa ifade etmektedir. Çalışmada, bu bakış açısıyla ortaya konulan ve birçok farklı boyutunu içeren çok boyutlu kalite modelinin, özellikle sağlık alanında, çalışmalarında etkin kaynak kullanımını hedefleyen yaklaşımlara katkı sağlayacağı ön görülmektedir. Özellikle modelde ortaya konulan boyutlara dair geliştirilecek ve sınıflandırılacak ölçüm araçlarının, sağlığın hem bireysel ve klinik, hem de kurumsal ve ülke çapında ya da genel sağlık sistemi düzeyinde izlenmesi ile sağlık hizmetlerinde kalite farklı düzeylerde izlenebilecektir. Modelin bu sayede, sağlıkta kalitenin hangi alanlarda ve katmanlarda yetersiz kaldığı ve geliştirilmesi gerektiği konularında yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

**KAYNAKÇA**

* Accredittation Canada International (2012), ACI Publications.
* ARDIÇ, K. ve A. GÜLER, (2000), “**Reklamlarda Vurgulanan Ürün ve Hizmet Kalite Boyutlarının Belirlenmesi ve Bir Uygulama, Pazarlama Dünyası”**, Cilt. pp. 18 - 23, ISSN: DOI.
* Birleşik Devletler Sağlık Departmanı Sağlık Araştırmaları ve Kalite Birimi (2012), **“Understanding Health Care Quality”** <http://www.ahrq.gov/consumer/guidetoq/guidetoq4.htm> (Erişim Tarihi: 30.11.2012).
* BLUMENTHAL, D, (1996), **“Part 1: Quality of care – what is it?”** The New England Journal of Medicine, 335(12):891–894.
* BOWERS, M.R. and J.E. SWAN, W. KOEHLER, (1994), **“What Attributes Determine Quality and Satisfaction With Health Care Delivery”**, Health Care Management Review, 19(4), s. 49–55.
* BROGOWİCZ, A.A.-DELENE, L.M. - LYTH, D.M., (1990), **“A Synthesised Service Quality Model with Managerial Implications”**, International Journal of Service Industry Management, vol. 1, no. 1, pp. 27-45.
* BROOK, R. - MCGLYNN, E - CLEARY, P., (1996), **“Measuring Quality of Care”** The New England Journal of Medicine, 335(13):966–970.
* CARMAN, JAMES. M., (1990), **“Consumer Perceptions of Service Quality: An Assessment of SERVQUAL Dimensions”**, Journal of Retailing, 66(1), s.33-35.
* CARMAN, JAMES M., (2000), **“Patient Perceptions of Service Quality: Combining the Dimensions”**, Journal of Management of Medicine,v.14, n.5/6, s.339-356.
* CLEMMER T.P and SPUHLER, V.J., ONİKİ, T.A., HORN S.D., (1999), **“Results of a collaborative quality improvement program on outcomes and costs in a tertiary critical care unit”,** Crit Care Med; 27: 1768-74.
* CRONIN, J.J. and TAYLOR, S.A., (1992), **“Measuring Service Quality: A Reexamination and Extension”**, Journal of Marketing, 56 (July), s: 55-68.
* CRONIN, J.J. and TAYLOR, S.A., (1994), **“Servperf Versus Servqual: Reconcilling Performance-Based and Perceptions Minus-Expectations Measurement of Service Ouality”,** Journal of Marketing, Vol: 58, No:1,s:125-131.
* CRUMP, Bernard and ADIL, Mahmood, (2009), **“Argue that there is nothing inevitable about loss of quality or productivity in a ‘flat budget’ environment. Can quality and productivity improve in a financially poorer NHS?”** Brtish Medical Journal.;339 :b4638.
* CUNNİNGHAM L., (1991), **“The Quality Connection in Health Care: Integrating Patient Satisfaction and Risk Management”**, Jossey-Bass Publishers (San Francisco) 1st edition.
* Department of Health, (1997), **“A First Class Service – Quality in The New NHS”**, London, Department of Health.
* DONABEDİAN, A., (1988), **“The Quality of Care: How Can It Be Assessed?**” Journal of the American Medical Association, 260:1743–1748.
* DONEDEBİAN, A., (1980), **“Explorations in Quality Assessment and Monitoring, 1, The Definitions of Quality and Approaches to Its Assessment”**, Ann Arbor, MI: Health Administration Press, Michigan.
* ETTİNGER, W.H., (1998), **“Consumer-Perceived Value: The Key to a Successful Business Strategy in the Healthcare Marketplace”,** Journal of the American Geriatrics Society, 46 (1), pp. 111–113.
* EVANS, D., (2001), **“Measuring Quality: From The System To The Provider”**, International Journal for Quality Health Care, 13(6):439–446.
* FROST, F. and KUMAR, M., (2000), **“INTSERVQUAL-An Internal Adaptation of The Gap Model ın A Large Service Organization”**, Journal of Services Marketing, 14/5, s.358-377.
* GRAHAM, Nancy O., (1995), **“Quality in Health Care Theory: Application and Evolution”,** An Aspen Publication.
* GRONROOS, C.A. (1984), **“Service Quality Model and Its Marketing Implications”,** European Journal of Marketing, Vol: 18, No: 4, s. 36-44.
* IOM, (1990), **“Medicare: A Strategy for Quality Assurance”,** Vol.1. Washington, DC, National Academy Press.
* JCAHO, (2006), Oakbrook Terrace, IL, The Joint Commission http://www.jcaho.org (Erişim Tarihi: 12.11.2012).
* KAVUNCUBAŞI, Ş., (2000), **“Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi”**, Ankara: Siyasal Kitabevi, 2000, s. 271.
* KAVUNCUBAŞI, Ş., (2007), **“Sağlık Kurumları Yönetimi”,** A.Ü. Yayınları.
* KAYA, S., (2005), **“Sağlık Hizmetlerinde Sürekli Kalite Geliştirme”,** Ankara, Pelikan Yayınları.
* LEGIDO and QUIGLEY H., MCKEE M., WALSHE K., SUNOL R., NOLTE E., KLAZINGA N, (2008) **“How Can Quality of Health Care Be Safeguarded Across The European Union?”** BMJ, 2008, April 26, 336 (7650) 920-3.
* LEGİDO and QUIGLEY, GLINOS, I., BAETEN, R.H., MCKEE M, (2007). **“Patient Mobility in The European Union**” British Medical Journal, 334:188–190.
* LEGIDO and QUIGLEY, H., MCKEE, M., (2006), **“Drivers of Patient and Professional Mobilit”** London School of Hygiene and Tropical Medicine, London.
* LEHTINEN, U., LEHTINEN, J. R., (1991), **“Two Approaches to Service Quality Dimensions”,** The Service Industries Journal, 11 (3), s. 287-303.
* MAXWELL, R.J. (1992), **“Dimensions of Quality Revisited: From Thought to Action”,** Quality in Health Care, Volume 1, No. 3, s. 171-177.
* MCGLYNN, Elizabeth A., (1997), **“Six Chalenges in Measuring the Quality of Health Care”**, Health Affairs.
* OVRETVEIT, J., (1998), **“Evaluating Health Interventions”,** Open University Press: Buckingham,321.
* PARASURAMAN, A., BERRY Leonard L., ZEITHAML Valerie A., (1991), **“Refinement and Reassessment of the SERVQUAL Scale**”, Journal of Reatailing, Volume 6, Number 4, s. 420-450.
* PARASURAMAN, A., ZEITHAML V.A., BERRY L.L., (1998), **“SERVQUAL: A Multiple-Item Scale for Measuring Consumer Perception of Service Quality**”, Journal of Retailing, 64 (1), s.12–40.
* PARASURAMAN, A., ZEITHAML, V., BERRY, L.L., (1990), “**Delivering Service Quality: Balancing Customer Perception and Expectations”,** The Free Press, New York.
* PARASURAMAN, A., ZEITHAML, Valarie A., BERRY, Leonard L., (1985), “**A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research”**, Journal of Marketing, Vol.49, Fall, s. 41-50.
* ROSE, R.C., J., ULI, A., MOHANİ, K., LOOI NG, (2004), **“Hospital Service Quality: A Managerial Challenge”**, International Journal of Health Care Quality Assurance, 17(3), s.146-159.
* SATURNO, J., GASCON, J., PARRA, J.P., (1997), **“Tratado de Calidad Asistencial en Atencion Primaria [Treaty on Quality for Primary Health Care]”,** Du Pont Pharma, Madrid.
* SHAW, C. and KALO, I., (2002), **“A Background for National Quality Policies in Health Systems”**,WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
* SUNOL, R. and BANERES, J., (2003), **“Calidad Asistencial [Quality of Health Care]”,** (Pending publication in Tratado de Medicina Interna 2 Edicion), Madrid, Barcelona, Masson.
* TOMES, A.E. and S., CHEE PENG NG., (1995), **“Service Quality in Hospital Care: the Development of an in Patient Questionnaire”**, International Journal of Health Care Quality Assurance, 8 (3), s. 25-33.
* TURNER, O. and SHARON L., DOUGLAS E., SNİPES, RL., BUTLER, D., (1998), **“Quality Determinants And Hospital Satisfaction, Marketing Health Services”**, March 1, Vol:18, Issue:1, pp.1094-1304.
* Türkiye Klinik Kalite Programı, **“Tanımlar”** <http://www.saglik.gov.tr/KlinikKalite/belge/1-17646/tanimlar.html> 04.01.2013
1. ***İbrahim H. KAYRAL****, Dr., T.C. Sağlık Bakanlığı, Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı* [↑](#footnote-ref-1)