

SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE: MANİSA İLİ ÖRNEĞİ The Quality in Health Services: The Example of Manisa

Sevda DEMİRBİLEK

Doç. Dr. Dokuz Eylül Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler
Fakültesi Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Bölümü
s.demirbilek@deu.edu.tr

Murat ÇOLAK

Araş. Gör. Dokuz Eylül Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler
Fakültesi Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Bölümü
m.colak@deu.edu.tr

Özet

Sağlık hizmetleri, toplum sağlığının korunması ve hastalıkların tedavisi için gerçekleştirilen faaliyetlerdir. Sağlık hizmetlerinde kalitenin geliştirilmesi; tüketiciler, hizmet sunanlar ve bütün toplum için önemlidir. Sağlık sektöründe meydana gelen dinamik değişimler, sağlık hizmetlerinde kalite hareketinin ortaya çıkmasına katkıda bulunmuştur. Bu bağlamda, kamu ve özel sektör sağlık kurumları bakımından kalite temel bir hedef haline gelmiştir. Sağlık hizmetlerinde kalitenin geliştirilmesi konusunda sağlık kurumları tarafından toplam kalite yönetimi, kalite ödülleri ve akreditasyon gibi uygulamalar kullanılmaktadır. Makalede, sağlık hizmetlerinde kalite konusu Manisa ilindeki kamu ve özel hastane ve tıp merkezleri açısından incelenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık hizmeti, kalite, toplam kalite yönetimi, hastane, tıp merkezi.

Abstract

The health services are activities for protect of community health and medical treatment. Evaluating health services quality is important for consumer, health providers and society. Dynamic changes in the health sector have contributed to the rise of the health services quality movement. In this context, the quality is target for the public and private health institutions. The applications like total quality management, quality awards and accreditation are used to improve quality of health services by health institutions. In this article, the quality of health services is examined in terms of public and private hospitals and medical centers in Manisa.

Keywords: Health service, quality, total quality management, hospital, health center.

GİRİŞ

Bireylerin yaşam kalitesiyle yakından ilişkili olan sağlık kavramı sadece bir hastalığın ya da sakatlığın olmaması değil; aynı zamanda bedensel, ruhsal ve sosyal açılardan tam bir iyilik durumunu ifade etmektedir.

Bu anlamda sağlık; bireylerin fiziksel, zihinsel ve sosyal işlevlerini tam olarak yerine getirebilmeleri ve günlük faaliyetlerini gerçekleştirebilmeleriyle yakından ilgilidir. Sağlık, aynı zamanda bir temel insan hakkıdır. Bireyler, bu hakka dayanarak toplumdan ve devletten sağlıklarının korunması ile gerektiğinde tedavi edilip iyileştirilmelerini isteyebilirler.

Bireylerin sunulan hizmetin kalitesi hakkında da beklentileri bulunmaktadır. Bu noktada, sağlık hizmetlerinde kalite üzerinde önemle durulması gereken bir konu niteliği kazanmaktadır.

Bunda, iç ve dış müşterilerin söz konusu hizmetlerin kalitesine ilişkin talep ve beklentileri ile buna paralel olarak hem kamu hem de özel sağlık kurumları yönetimlerinin duyarlılığında oluşan artışın etkisi vardır.

Ülkemiz sağlık sistemi sağlık hizmetlerinin sunumunda basamak sistemini esas almış olup; örgütlenme birinci, ikinci ve üçüncü basamaklar şeklindedir.

Ancak, birinci basamakta çözümlenebilecek birçok sorun ikinci basamağa, ikinci basamakta çözümlenebilecek sorunlar da üçüncü basamak sağlık kurumlarına aktarılmaktadır. Bu durum, kurumlarda gereksiz yığılmalara yol açmakta, çalışanların verimliliğini etkilemekte ve hizmet kalitesi ile hasta memnuniyetini azaltmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin kalitesi konusunda sadece birinci basamak sağlık kurumlarının değil, aynı zamanda ikinci ve üçüncü basamakta yer alan yataklı tedavi kurumlarından hastanelerin de önemli sorunları bulunmaktadır.

Birinci basamak sağlık hizmetleri alanında Sağlık Bakanlığı “Aile Hekimliği” adı altında yeni bir yapılanma başlatmış ve bu sayede sağlık hizmetlerinde kalitenin artırılması amaçlanmıştır. Kaliteli hizmet sunabilmek ve gerek iç gerekse dış müşteri memnuniyetini artırabilmek, temelde kaliteyi bir felsefe olarak benimsemeye bağlıdır.

Bu gerçek karşısında, kamuya ait hastaneler bakımından da hizmet kalitesinin artırılması temel bir hedef haline gelmekte ve hastanelerin kalite yönetimini bir felsefe olarak benimsemeleri zorunluluğu ortaya çıkmaktadır.

Benzer şekilde, özellikle son yıllarda büyüme gösteren özel sektör sağlık kurumları da kaliteye daha fazla önem vermekte ve bu amaçla

birtakım çalışmalar gerçekleştirmektedir.

Makalede, öncelikle sağlık hizmeti ile kalite kavramları ele alınmış ve sağlık hizmetlerinde kalite konusu üzerinde durulmuştur. Daha sonra ise, Manisa ilindeki kamu ve özel yataklı sağlık kurumlarında yöneticilerin sağlık hizmeti kalitesine ilişkin görüş ve değerlendirmeleri ile söz konusu kurumlarda gerçekleştirilen kalite faaliyetlerini belirlemeyi amaçlayan araştırmanın sonuçlarına yer verilmiştir.

I. SAĞLIK HİZMETİ VE KALİTE İLİŞKİSİ

A. SAĞLIK HİZMETİNİN TANIMI VE NİTELİĞİ

Dünya Sağlık Örgütü sağlığı; fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan tam bir iyilik durumu olarak tanımlamıştır (Peterson vd., 1999: 314). Bu tanım doğrultusunda sağlık hizmetleri birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri olarak gruplandırılıp ilişkilendirilmektedir.

Birinci basamak hizmetlerini sunan sağlık ocağı, ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezi gibi kurumlar ile ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerini veren yataklı sağlık kurumlarından (hastaneler ve tıp merkezleri) oluşan bir sistemin koordinasyonunu içermektedir.

Sağlık hizmetleri genel olarak, sağlığın korunması ve hastalıkların tedavisi için yapılan çalışmalar biçiminde tanımlanmaktadır (Fişek, 1985: 4). Bir diğer anlatımla, sağlık hizmetleri insan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörlerin etkisinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedeni ve ruhi yetenekleri ile melekeleri azalmış olanların ise rehabilitasyonu için yapılan tıbbi faaliyetlerdir. Bu doğrultuda sağlık hizmetleri bireylerin sağlıklarını korumak, daha iyiye götürmek ve hastalandıklarında yeniden sağlıklarına kavuşturmak amacıyla yapılan bütün hizmetleri kapsamaktadır (Dirican, 1990: 48).

Sağlık hizmetleri tüm toplumu ilgilendirdiği gibi, sunumu ertelenemez ve ikame edilemez niteliktedir (Schulz ve Johnson, 1990: 17). Ayrıca, farklı meslek gruplarının faaliyetleri arasında koordinasyonlu bir çalışmayı gerektirmekte (Kavuncubaşı, 2000: 52) ve dolayısıyla bir ekip faaliyeti niteliği taşımaktadır.

Bu hizmetlerin amacı, bireylerin ve toplumun sağlığını korumak ve geliştirmektir. Belirtilen amaca ulaşılabilmesi için sağlık hizmetlerinin eşitlik ve hakkaniyet içinde, bireylerin yaşam kalitesi artıracak, ihtiyaç ve beklentilerine uygun, ucuz ve kaliteli biçimde sunulması gerekmektedir (Sargutan, 2005b: 403).

Sağlık hizmetleri; “koruyucu sağlık hizmetleri”, “tedavi edici sağlık hizmetleri” ve “rehabilitasyon hizmetleri” biçiminde üç gruba ayrılmaktadır. Bunlardan koruyucu sağlık hizmetleri, bireye ve çevreye

yöneliktir. Bireye yönelik olan koruyucu sağlık hizmetleri; hastalıkların erken teşhis ve tedavisi, bireysel sağlık düzeyini yükseltme, yeterli ve dengeli beslenme, aile planlaması, bağışıklama ve sağlık eğitimi gibi uygulamalardan meydana gelmektedir (Eren ve Öztekin, 1990: 26-27). Çevreye yönelik olan koruyucu sağlık hizmetleri ise, çevrede sağlığı olumsuz yönde etkileyecek faktörleri zararsız hale getirmeyi ya da ortadan kaldırmayı amaçlayan uygulamaları kapsamaktadır (Bodur, 1991: 7). Koruyucu sağlık hizmetleri; “birincil koruma”, “ikincil koruma” ve “üçüncül koruma” olmak üzere üç ana aşamada gerçekleştirilmektedir.

Birincil korumada, bireyin hastalıklara yakalanması önlenmeye çalışılmaktadır. Bu amaçla yapılan aşılamaya, aile planlaması ve sağlık eğitimi hizmetleri gibi uygulamalar koruyucu sağlık hizmetlerinin başlıca örnekleridir (Fişek, 1982: Erişim). İkincil koruma hizmetleri ise, birincil koruma hizmetlerinin etkisiz kalması durumunda uygulanmaktadır. Üçüncül korumada da, alınan bütün önlemlere karşın hastalığa yakalanan bireylerde hastalığın olumsuz sonuçları en aza indirilmeye çalışılmaktadır.

Hastalık sonrasında oluşabilecek sakatlık ve işlev kayıplarının en aza indirilmesi için alınacak önlemler de üçüncül koruma uygulamaları arasında yer almaktadır (Baltaş, 2000: 36). Koruyucu sağlık hizmetleri kamu tarafından sunulmakta ve bu tür hizmetlerden ödeme gücüne bakılmaksızın toplumun bütün bireyleri faydalanmaktadır. Ülkemizde adı geçen hizmetler Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık evleri, sağlık ocakları, ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezleri ile verem savaş dispanserleri aracılığıyla sunulmaktadır (Bulun vd.: Erişim)

Öte yandan tedavi hizmetleri, tıbbi bakım hizmetleri biçiminde de adlandırılmakta ve esasen muayene ve tedaviden oluşmaktadır. Tedavi hizmetleri üç ayrı basamakta gerçekleştirilmektedir. Bunlardan birinci basamak tedavi hizmetleri, hastaların ilk başvurdukları sağlık ocakları gibi sağlık kurumlarında ayaktan yapılan tedavi uygulamalarıdır.

Birinci basamak tedavi hizmetleri sağlık ocaklarının yanında poliklinikler, muayenehaneler ve hastaların evlerinde de verilebilmektedir. Gerekli görüldüğünde hastalar hastanelere gönderilmektedir (Dirican, 1990: 49).

İkinci basamak tedavi hizmetleri de, birinci basamakta tedavi edilemeyen hastalara yönelik olup, hastanelerde sunulmaktadır. Bu basamakta hastalar, devlet ya da özel hastaneler ile özel tıp merkezlerinde ayakta veya yatarak tedavi edilmektedir.

İkinci basamakta tedavi edilemeyen hastalar ise, üçüncü basamaktaki sağlık kurumlarına sevk edilmektedir.

Üçüncü basamak tedavi hizmetleri, özel uzmanlık ve yüksek teknoloji gerektiren uygulamaların yapıldığı üniversite hastaneleri, eğitim ve araştırma hastaneleri ile özel dal hastanelerinde yapılmaktadır (Fişek, 1982: Erişim). Tedavi hizmetlerinden etkin bir şekilde faydalanmak için birinci basamaktan başlayan sevk zincirine uyulması gerekmektedir.

Nihayet, rehabilitasyon hizmetleri bedenlen ya da ruhen sakat bireylerin başkalarına bağımlı olmaksızın yaşayabilmelerini sağlamak amacıyla yapılan çalışmaları ifade etmektedir.

Bu anlamda iki tip rehabilitasyon söz konusudur. Bunlardan tıbbi rehabilitasyon, bedensel sakatlıkların olabildiğince düzeltilmesini amaçlarken, sosyal ya da mesleki rehabilitasyon ise sakatlıkları nedeniyle eski işlerini yapamayanlara ya da belli bir işte çalışamayanlara iş öğretme, iş bulma ve işe uyum sağlamalarına yönelik hizmetlerden ibarettir (Soyluoğlu: Erişim).

Sağlık kurumları tarafından sunulan sağlık hizmetlerini pek çok faktör etkilemektedir. Bunların başlıcaları; “genel sağlık politikaları”, “kaynak kullanımı ve dağılımı politikaları”, “diğer sektörlerin sağlığa yaklaşımları”, “halkın sağlık konusundaki bilgi, tutum ve uygulamaları” ile “sağlık kurumlarının sunduğu hizmetlerin nitelik ve niceliği” gibidir (Beşbarmak ve Seviş, 2005: 1-3).

Sağlık hizmetleri talebini etkileyen faktörler ise; “bireylerin ve toplumun demografik ve sosyal özellikleri”, “bireylerin ve toplumun imkanları” ile “bireylerin ve toplumun ihtiyaçları”dır (Sargutan, 2005a: 432).

Günümüzde hastalıkların sadece tedavisi ile ilgilenen, hastalığı bir sağlık kurumuna başvuran bireyler ile sınırlayan ve hastalandıkları zaman hizmet vermeyi gerekli gören “geleneksel hekimlik” anlayışı yerini giderek “sosyal hekimlik” anlayışına bırakmakta (Zastrow, 1996: 355) ve sağlık hizmetleri bakımından toplam kalite yönetimi (TKY) temel bir yaklaşım durumuna gelmektedir.

B. KALİTENİN TANIMI VE NİTELİĞİ

Niteliği bakımından dinamik bir özellik taşıyan kalite, bir ürün ya da hizmetin belirlenen veya olabilecek ihtiyaçları karşılama yeteneğine dayanan özelliklerin toplamıdır (Besterfield vd., 1999: 5).

En genel ifadesiyle, geliştirilebilecek her şey anlamına gelen kalite ile ilgili değişik tanımlar bulunmaktadır. Bunlardan bazılarını Tablo 1’de yer verilmektedir.

Tablo 1: Kalite Tanımları

DEMİNG	Müşteri odaklılık İşgören motivasyonu Sürekli iyileştirme Kalitenin 14 ilkesi
JURAN	Kalite maliyetleri İstatistiki süreç kontrolü
FEIGENBAUM	Kalite maliyetlerinin parasal değeri ve kalite maliyetleri
CROSBY	Optimum kalite düzeyi Yüksek kalite minimize maliyet = Kar artışı Sıfır hata
ISHIKAWA	Tüm süreçler ve işgörenler kalite savaşının içindedir (Kalite Sistem Yaklaşımı) Kalite kontrol çemberleri (Katılımcı Sorun Çözme Takımları) Neden-sonuç (Balık Kılıcı) yöntemi
GÜNÜMÜZDE	Kalite = Yönetim kalitesi Müşteri odaklılık Verilerle düşünme ve konuşma (İstatistik Bakışlılık) Kalite kültürü bir felsefedir Sürekli iyileştirme = Sürekli öğrenme (Öğrenen Örgütler) Tüketici (misafir) = İşgören (ev sahibi)

Kaynak: Summers, 2006: 20.

Tablo 1’den görüleceği gibi, kalite kavramına ilişkin geniş bir açılamda farklı tanımlar bulunmaktadır. Örneğin Deming’e göre kalite, müşteri odaklı olmayı ve işgören motivasyonunu sağlayıp sürekli iyileştirmeyi temel alan bir yaklaşımdır (Deming, 1994: 203). Juran tarafından ise “kullanıma uygunluk” olarak değerlendirilen kalite, “üretilen mal veya hizmetlerin tüketicilerin beklentilerine uygunluğu veya karşılama derecesi” olarak tanımlanmaktadır (Juran, 2000: 8).

Öte yandan, kaliteyi örgütlerin performans (etkililik) ölçütü olarak gören Gross (1968: 368-369), kaliteye ilişkin değerlendirmelerin “ne kadar/ne derece iyi” sorusuna cevap oluşturduğunu belirtmektedir. Gross’a göre bu anlamda kalite, “bir mamulün spesifikasyonlara uygunluk derecesi” olarak tanımlanmaktadır.

Kaliteyi tüketici yönünden ve değişik bir bakış açısı ile inceleyen

“algılanan kalite” kavramına göre, nesnel ya da objektif kalite yoktur; tüm kalite değerlendirmeleri öznelidir. Bu bağlamda Zeithaml (1988: 3-4) algılanan kaliteyi, “tüketicinin bir mal ya da hizmetin, bütün olarak mükemmelliği veya üstünlüğü hakkındaki değerlendirmesi” olarak tanımlamıştır.

Nihayet, Avrupa Kalite Kontrol Örgütü (European Organization for Quality Control-EOQC) ile Amerikan Kalite Kontrol Derneği (American Society for Quality Control- ASQC) tarafından benimsenen kalite tanımına göre ise, “kalite, bir ürün ya da hizmetin belirlenmiş bazı ihtiyaçları karşılamaadaki yeterliliğine ilişkin özelliklerinin tümüdür” (ASQC: Erişim).

Kalite, “müşteri istek ve beklentilerinin karşılanması” olarak değerlendirildiği taktirde müşterilerin beklenti ve algılayışlarını odak noktasına almaktadır. Bir hizmetin kaliteli sayılması için müşteri istek ve beklentilerini karşılaması, bir diğer anlatımla müşterileri tatmin etmesi gerekmektedir (Tokat, 1990: 131). Bu noktada TKY'nin önemi belirginleşmektedir.

Genel bir yönetim felsefesi, bir düşünce ve yaşam biçimi niteliğindeki TKY (Uyguç, 1998: 83), örgütlerde bütün üyelerin takım çalışması ile tüketici beklenti ve ihtiyaçlarının karşılanması yönünde sürekli bir çaba harcamalarını ifade etmektedir (Gaither, 1996: 34).

TKY; müşteri tatminini sağlamayı, bu bağlamda müşterilerin istediği mal ve hizmeti daha ucuza, daha kısa sürede ve ihtiyaç duyulan anda sunabilmeyi amaçlamaktadır.

TKY'nin sağlık alanında uygulamaya konulmasıyla birlikte hastalar dış müşteri, personel de iç müşteri olarak kabul edilmektedir (Çobanoğlu ve Çobanoğlu, 1998: 79).

Günümüzde, diğer hizmet alanlarında olduğu gibi sağlık hizmetleri bakımından da TKY felsefi bir yaklaşım durumuna gelmiştir. TKY ile amaçlanan, bireysel mutluluk ve sağlık gelişimini gerçekleştirmenin yanısıra toplumun sağlık düzeyini yükseltmektir.

C. SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE

Sağlık; bireylerin yaşamlarının sürdürülmesinde ve yaşam kalitesinin oluşumunda özel bir öneme sahiptir ve sağlık hizmeti sunumu bireylerin yaşam kaliteleri ile mutluluklarını doğrudan etkilemektedir (Asunakutlu, 2004: 3). Bir diğer anlatımla, bireylerin yaşamlarında en önem verdikleri değerlerin başında bedensel ve ruhsal sağlık gelmektedir. Bireyler, bu değeri elde edebilmek için kaliteli sağlık hizmetine ihtiyaç duymakta ve sağlık hizmeti sunan kurumlara karşı birtakım beklentiler taşımaktadırlar (Croxall, 2003: 1).

Sağlık kurumları da, bireylerin sağlıklarını korumak, geliştirmek ve tedavilerini sağlamakla yükümlüdürler. Kuşkusuz bu yükümlüklerini tam olarak yerine getirip, bireyleri memnun etmeleri büyük ölçüde sunacakları hizmetin kalitesine bağlıdır.

Sağlık alanında sağlanacak gelişme, sağlık hizmetleri kalitesinin artırımı anlamına gelmektedir (Aksakoğlu, 1994: 19).

Bu nedenle, sağlık hizmetleri planlayıcıları ve sunucularının “etkililik”, “verimlilik”, “eşitlik” ve “bilimsel-teknik kalite” öğelerini dikkate almaları gerekmektedir. Bu bağlamda, sağlık hizmetlerinin eşitlik esasına dayalı olarak etkililik ve verimlilik ilkeleri doğrultusunda sunulması kadar, bilimsel ve teknik olarak yüksek kalitede sunulması da önem taşımaktadır (Boztok, 1994: 20).

Sağlık hizmeti kalitesi, “bir hastalık ya da durumun bir işlevi olarak bireyin sağlık durumunda meydana gelebilecek bir gerilemeyi en azından durduracak ya da iyileşme sağlayacak bir biçimde belli faaliyetlerin yerine getirilmesi”dir (Sarvan ve Berk, 1995: 12). Dolayısıyla sağlık hizmetlerinde kalite, hizmetler ile hasta ihtiyaçları arasında yüksek düzeyde uyumluluğu ifade etmektedir (Eren, 1998: 37).

Sağlık hizmetinin kalitesi; “Sağlık Hizmetin Kalitesi = Teknik Kalite + Tedavi Sanatı” şeklinde bir formülle de ifade edilmektedir. Bu durumda kalitenin teknik yönü, “teşhis ve tedavi hizmetlerin çağdaş tıp bilimine, bilimsel standart ve normlara uygun olmasını”; sanatsal yönü de, “verilen hizmetlerin hasta beklentilerini karşılamasını içermektedir (Kavuncubaşı, 2000: 270). Buradan hareketle, hizmet kalitesi nesnel olarak sunulan hizmetin hastanın sağlık durumunda yarattığı gelişme (teknik kalite) temel alınarak ölçülebilir.

Bu açıdan sağlık hizmetlerinde kaliteyi, verilen hizmetin bilimsel standartlara uygunluk derecesi olarak tanımlamak mümkündür (Larson ve Muller, 2002: 278; Ramsaran-Fowdar, 2005: 428).

Ancak, hizmetten faydalanan bireylerin sosyal ve psikolojik istek, beklenti ve ihtiyaçlarını göz ardı eden bir hizmet sunumunun, ne kadar bilimsel olursa olsun kalite hedefini gerçekleştirme bakımından yetersiz kalması kaçınılmazdır.

Ülkemizde yapılan kalite çalışmalarında bu yaklaşım büyük ölçüde kabul edilmekle birlikte, yaklaşımın tıbbi bakımın bilimsel-teknik yönünü gözardı ettiği ileri sürülmektedir.

Hastaların ne tür bir tıbbi bakım alması gerektiği ile ilgili tercih ve değerlendirme yapma olanağı, diğer hizmetlere (örneğin beslenme, otel hizmetleri) oranla hemen hemen yok denecek kadar azdır. Hastalar sadece bakım çevresi (temizlik, gürültü, bürokrasi) ve sağlık görevlilerinin davranış

biçimleri hakkında yorum yapabilmektedirler. Belirtilen sınırlı hususlara dayalı olarak kalite konusunda değerlendirme yapmak ise, yanıltıcı sonuçlar doğurabilmektedir. Örneğin, hastaların beklentileri çok düşük ise bu beklentilerinin karşılanması verilen hizmetin kaliteli olduğunu kanıtlanamamaktadır (Kavuncubaşı, 2000: 270).

Özetle sağlık hizmetlerinde kalite; kullanılan kaynakların ve yapılan faaliyetlerin belirli bir göstergesidir ve çok çeşitli faktörden etkilenmektedir (Friedman, 1995: 4).

Kaliteli bir sağlık hizmetinden söz edebilmek için gerekli kaynakların verimli bir şekilde dağıtılması ve kullanılması, hizmetin etkili biçimde verilmesi, gerek kaynak dağıtımında gerekse hedef kitlenin hizmetlere ulaşımında hakkaniyete özen gösterilmesi ile hizmet sunumu sırasında ve sonrasında hizmeti kullananların memnuniyetinin sağlanması gerekmektedir (Hayran ve Sur, 1996: 121).

Uygulamada hizmet kalitesine önem vermenin kurumlara daha fazla müşteri kazandırdığı, rekabet gücünü artırdığı ve hataların önlenmesi için harcanan emek ve maliyeti azalttığı görülmektedir (Zerenler ve Öğüt, 2007: 502). Dolayısıyla, sağlık hizmeti sunan kurumların kalite yönetimini sistematik olarak gerçekleştirilmeleri ile kalite güvence sistemini ve özellikle TKY'yi hizmetin üretiminde ve sunumunda esas almaları üzerinde durulması gereken başlıca konulardır. Bu bağlamda, öncelikle tepe yönetimin TKY'yi bir felsefe olarak benimsemesi ve örgütün misyon, vizyon, strateji ve kültürünü esas alan yapısal değişimlerin gerçekleştirilmesi gerekmektedir.

Ayrıca, TKY'nin uygulayıcısı konumunda olanlara yönelik eğitimler gerçekleştirilerek sürecin bir parçası durumuna gelmeleri sağlanmalıdır. Nihayet, örgütte kalite kurulları gibi birimler oluşturulmalı, TKY'yi içselleştiren yönetim ile bütün çalışanlar arasında bu felsefeyi tanıtır ve benimsetmek amacıyla sürekli bir iletişim kurulmalı (Sarvan ve Berk, 1995: 22-25), iç ve dış müşteri memnuniyetinin sağlanmasına, mevcut kalite düzeyinin ölçülmesi ile kalitenin sürekli iyileştirilmesine özen gösterilmelidir. Sağlık kurumlarında verilen hizmetin kalitesi büyük ölçüde sağlık personeli tarafından belirlenmekte ve TKY sürecinde yöneticilere önemli görevler düşmektedir (Øgaard vd., 2008:662). Gerçekten, sağlık kurumları yöneticilerinin TKY konusundaki görüş ve işlevleri sürecin tasarımı, işlenmesi ve başarıyla sonuçlanmasına yardımcı olabilmektedir (Doğan ve Kaya, 2004: 65). Yöneticiler teknik bilginin yansız işbirliği, ekip çalışması ve vizyon oluşturma gibi konularda da yeterli olmalıdırlar (Aslan ve Özata, 2006: 201).

II. MANİSA İLİ KAMU VE ÖZEL SAĞLIK KURUMLARINDA SAĞLIK HİZMETLERİNİN KALİTESİ ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA

A. ARAŞTIRMANIN AMACI, KAPSAMI VE YÖNTEMİ

Araştırmanın amacı; Manisa ilindeki kamu ve özel yataklı sağlık kurumlarındaki (hastaneler ve tıp merkezleri) yöneticilerin sağlık hizmetlerinde kalite konusuna ilişkin görüş ve değerlendirmeleri ile bu kurumlarda gerçekleştirilen kalite faaliyetlerini belirlemektir. Bu amaç doğrultusunda Manisa ilinde bulunan toplam 5 hastane ve 2 tıp merkezi yöneticilerinin tamamı araştırmanın kapsamına alınmıştır.

Söz konusu kurumlardan Manisa Devlet Hastanesi, Celal Bayar Üniversitesi Hastanesi ve Merkez Efendi Devlet Hastanesi kamuda, Vatan Hastanesi ve Sekiz Eylül Hastanesi ile Gediz Tıp Merkezi ve Deva Tıp Merkezi ise özel sektörde faaliyet göstermektedir. Hem kamu ve hem de özel sektör yataklı sağlık kurumlarının araştırma kapsamına alınma nedeni, iki farklı sektörde faaliyet gösteren sağlık kurumları yöneticilerinin kalite konusundaki görüşleri ve gerçekleştirdikleri kalite faaliyetleri arasındaki benzerlik ve farklılıkları ortaya çıkarabilmektir.

Araştırmada toplam 59 yöneticinin 51'ine (başhekim, başhekim yardımcısı, hastane müdürü, hastane müdür yardımcısı) yüz yüze anket uygulanmış ve görüşmeler yapılmıştır.

Araştırmanın anket formuna son şeklini vermek amacıyla Manisa Devlet Hastanesinde bir pilot araştırma gerçekleştirilmiş ve elde edilen sonuçlara göre anket biçimlendirilmiştir.

Araştırmada veri toplama aracı olarak kullanılan anket 20 soru içermekte ve iki ana bölümden oluşmaktadır. İlk bölümdeki sorular sağlık kurumlarına ilişkin genel bilgiler (hastane ve sağlık merkezlerinin adı, kuruluş yılı, personel sayısı, yatak kapasitesi ile yatak doluluk oranı) elde edilmesine, ikinci bölümdelikiler ise yöneticilerin kaliteye bakış açılarını belirlemeye yöneliktir. Yöneticilere yönelik olan sorularda beşli likert ölçeği kullanılmıştır.

Anket sonuçlarının değerlendirilmesinde SPSS for Windows 13.0 programı kullanılarak, örneklemin genel özelliklerini yansıtan betimleyici istatistikler frekans analizi ile belirlenmiştir. Yöneticilerin TKY ile ilgili görüşleri de, ortalama değerlerden faydalanılarak incelenmiştir.

B. ARAŞTIRMANIN BULGULARI

1. Sağlık Kurumlarına İlişkin Genel Bilgiler

Araştırma kapsamına alınan sağlık kurumlarına ilişkin bilgiler Tablo 2'de gösterilmektedir.

Tablo 2: Sağlık Kurumlarına İlişkin Genel Bilgiler

KURUM ADI		Kuruluş Yılı	Personel Sayısı	Yatak Kapasitesi	Yatak Doluluk Oranı (%)
KAMU SEKTÖRÜ	Manisa Devlet Hastanesi	1938	430	323	70,5
	Merkez Efendi Devlet Has.	1979	450	205	63
	Manisa Celal Bayar Üniv.Has.	1992	476	275	68
ÖZEL SEKTÖR	Manisa Vatan Hastanesi	2001	175	42	80
	Özel Sekiz Eylül Hastanesi	2008	200	30	100
	Özel Gediz Tıp Merkezi	2004	80	10	100
	Özel Deva Tıp Merkezi	1998	56	8	80

Tablo 2’den anlaşılacağı gibi, araştırma kapsamında yer alan sağlık kurumlarından üçü kamu sektöründe yer alan hastanelerdir. Geriye kalan sağlık kurumları özel sektörde yer alıp, ikisi hastane ikisi ise tıp merkezidir.

Kamudaki hastanelerden Manisa Devlet Hastanesi, ildeki en köklü sağlık kurumudur. Nitekim 1938 yılında kurulmuş olan hastane gelişerek faaliyetini sürdürmeye devam etmektedir.

Bünyesinde 430 çalışanı bulunan hastane, Manisa’daki sağlık kurumları arasında en fazla yatak kapasitesiyle hizmet sunmakta olup, yatak doluluk oranı %70.5’dir. Manisa Devlet Hastanesi’nden sonra aynı ilde faaliyet gösteren bir diğer hastane olan Merkez Efendi Devlet Hastanesi de eski bir kuruluş olup (1979), 450 personel ve 205 yatak kapasitesiyle hizmet sunmaktadır. Yatak doluluk oranı ise, %63’tür. Öte yandan, kamu hastanelerinden sonuncusu olan Celal Bayar Üniversitesi Hastanesi 1992

yılında kurulmuştur ve personel sayısı 476, yatak sayısı 275, doluluk oranı da %68'dir.

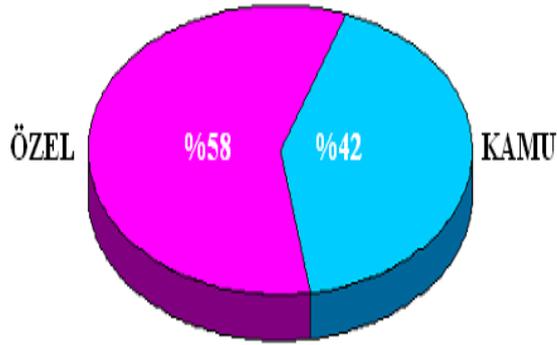
Araştırmanın özel sektör sağlık kurumlarını oluşturan dört yataklı sağlık kurumundan (iki hastane ve iki tıp merkezi) biri olan Vatan Hastanesi, Manisa ilinin ilk özel hastanesidir ve 175 çalışanı bulunmaktadır. Yatak kapasitesi 42 olup, doluluk oranı ise %80'dir.

Diğer özel hastane olan Sekiz Eylül Hastanesi 2008 yılında kurulan yeni bir kurumdur. Hastane 200 çalışanı, 30 yatak kapasitesi ve %100'lük doluluk oranı ile hizmet vermektedir.

Tıp merkezleri ise, Özel Gediz Tıp ve Özel Deva Tıp'tır. Her iki tıp merkezi de, yüksek bir doluluk oranıyla hastalarına hizmet sunmaktadır. Gediz Tıp Merkezinde çalışan personel sayısı 80 iken, Deva Tıp Merkezi'nde bu sayı 56'dır.

Araştırma kapsamındaki sağlık kurumlarının %42'si (3 hastane) kamu sektöründe, %58'i (2 hastane ve 2 tıp merkezi) ise özel sektörde faaliyette bulunmaktadır (Bkz., Grafik 1).

Grafik 1: Örneklem İçinde Kamu ve Özel Sağlık Kurumlarının Dağılımı

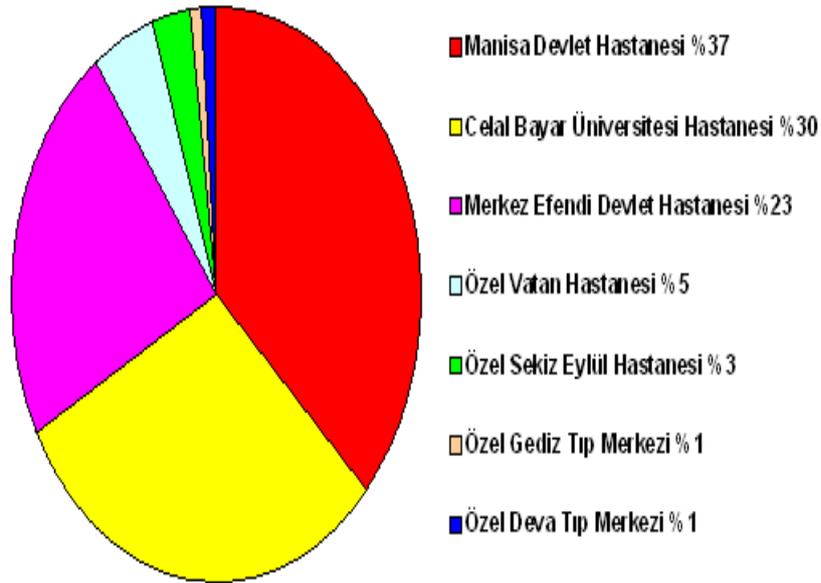


Manisa ilindeki kamu ve özel sektör sağlık kurumlarındaki toplam yatak kapasitesi ise, 893'dür.

Grafik 2'de, yatak kapasitesi oranı hastaneler açısından ayrı ayrı gösterilmektedir.

Sırasıyla bu oran, Manisa Devlet Hastanesi'nde %37, Celal Bayar Üniversite Hastanesi'nde %30, Merkez Efendi Devlet Hastanesi'nde %23, Özel Vatan Hastanesi'nde %5, Özel Sekiz Eylül Hastanesi'nde %3 ve hem Özel Gediz Tıp Merkez hem de Özel Deva Tıp Merkezi'nde %1'dir.

Grafik 2: Hastanelerin Yatak Kapasite Oranları



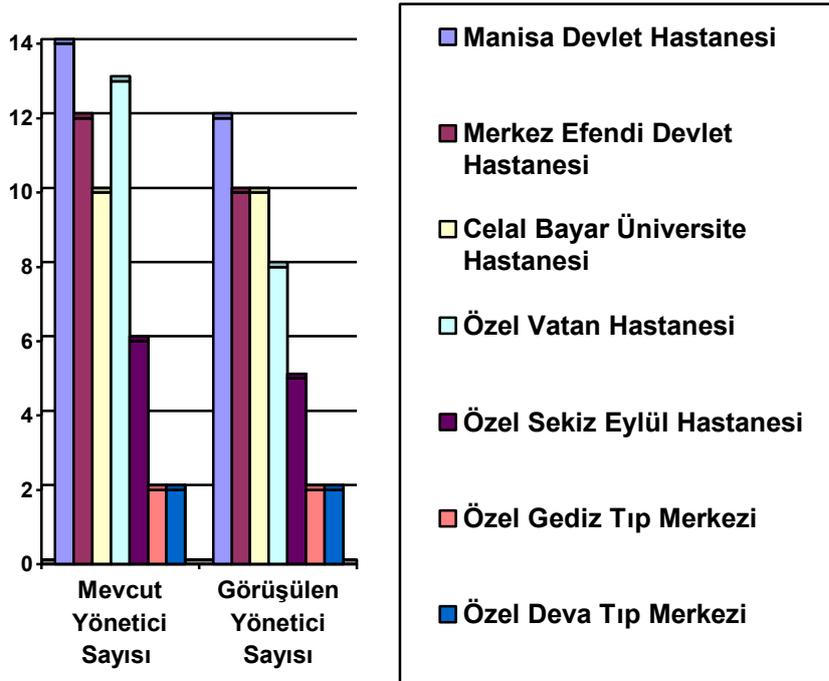
2. Yöneticilerin Toplam Kalite Yönetimine İlişkin Görüşleri

Araştırmaya konu olan sağlık kurumlarında çalışan toplam yönetici sayısı 59 olup, bunlardan 51'ine ulaşılmıştır.

Bu anlamda, kamu sağlık kurumlarındaki toplam 36 yöneticiden 34'ü; özel sağlık kurumlarında ise toplam 23 yöneticiden 17'si araştırma kapsamında yer almıştır (Bkz., Tablo 3 ve Grafik 3).

Tablo 3: Yönetici Sayısının Dağılımı

KURUM ADI	MEVCUT YÖNETİCİ SAYISI	GÖRÜŞÜLEN YÖNETİCİ SAYISI
Manisa Devlet Hastanesi	14	14
Merkez Efendi Devlet Hastanesi	12	10
Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hastanesi	10	10
Manisa Vatan Hastanesi	13	8
Özel Sekiz Eylül Hastanesi	6	5
Özel Gediz Tıp Merkezi	2	2
Özel Deva Tıp Merkezi	2	2
Toplam	59	51

Grafik 3: Yönetici Sayısının Durumu

Öte yandan, söz konusu sağlık kurumlarında görev yapan yöneticilerin kalite konusundaki görüşleri ortalama değer olarak Tablo 4’de yer almaktadır.

Tablo 4: Yöneticilerin Toplam Kalite Yönetimi İle İlgili Görüşleri

YÖNETİCİLERİN GÖRÜŞLERİ	Kamu Sektör Ortalaması	Özel Sektör Ortalaması
1. Üst yöneticiler kaliteyi teşvik eden faaliyetler içerisinde yer almalıdır.	4.8	4.2
2. Yönetim iç ve dış müşteri ile etkileşimini sağlamak ve arttırmak için (öneri sistemi, kalite grup çalışmaları, beyin fırtınası vb.) etkili ve yenilikçi yöntemler kullanır.	4	3.5
3. Yönetim personelin yetkilendirilmesi için kalite geliştirme ekipleri oluşturur ve ekip çalışmasını destekler.	5	5
4. Sağlık hizmetlerinin kalitesine ilişkin bilgiler hem iç hem de dış müşterilerden toplanır.	4.5	4
5. Kalitede en önemli performans göstergeleri son beş yılda her alanda önemli artış göstermektedir.	4.2	3.6
6. Kalite kontrol çalışmalarında tüm birimler arasında yüksek bir koordinasyon ve işbirliği vardır.	5	4
7. Yönetiminiz tarafından kalite kontrol denetimlerinde belirtilen kuralların tamamına uyulur.	5	5
8. Hastanemizde toplanan verilerin değerlendirilmesinde istatistiksel kalite kontrol teknikleri kullanılır.	4.7	3.2
9. Hastanemiz diğer hastanelerle performans karşılaştırması yapar.	4	5
10. Hastanemizde çalışan personele kalite hakkında eğitim verilir.	5	4.3

11. Kalite çalışmaları ve toplantıları düzenli aralıklarla gerçekleştirilir.	5	3
12. Kalite çalışmalarında iç ve dış müşteri istek ve beklentilerini dikkate alırız.	4.2	3.7
13. Sağlık hizmetlerinin kalitesini arttırmak bakımından hastane çalışanlarımız (doktor, hemşire, sekreter vb.) sorun çözücü, güven verici ve anlayışlıdır.	5	5
14. Hastanemizde öneri sistemi etkindir	4.1	2.8
15. Hastanemizde hasta kabul, tetkik ve çıkış gibi işlemlerde aksama olmaz.	3.8	4
16. Sağlık hizmetlerinde kalite; sağlık hizmetlerinin doğru hastaya, doğru zamanda ve doğru yöntemle uygulanmasıdır.	5	4.6
17. Sağlık hizmetlerinde kalite çalışmalarının yapılmasının nedeni, verimlilik ve karlılık oranının artırılmasıdır.	1	4.2
18. Kalite artırılmasıyla sağlanmak istenen, toplumun sağlık düzeyinin artırılmasıdır.	5	4.4
19. Hastanemizde kalite çalışmaları sonucunda, sağlık tesisinin doğru ve güvenli bir biçimde çalışması sağlanmıştır.	5	3.6
20. Kalite yönetim sistemi sayesinde hastanemizde sağlık hizmetlerinin kalitesinde bir artış gerçekleşmiştir.	5	3.9

Özellikle yataklı sağlık kurumlarında TKY çalışmalarının başarıya ulaşabilmesi, büyük ölçüde kurum üst yönetiminin TKY'yi benimsemesine bağlıdır. Araştırma kapsamındaki gerek kamu (34 yönetici) gerekse özel sektör (17 yönetici) sağlık kurumları yöneticilerinin tamamı, kalitenin taşıdığı önemden hareketle üst yönetimin kalite çalışmalarını teşvik edici bir rol üstlenmesinden yana olduklarını ifade etmişlerdir.

Kalite çalışmalarında bir diğer öneme sahip olan iç ve dış müşteri etkileşimini sağlamak ve artırmak amacıyla çeşitli yöntemler (öneri sistemi,

kalite grup çalışmaları, beyin fırtınası vb.) kullanılmaktadır. ABD’de de Baldrige Sağlık Hizmeti Standartları çerçevesinde hastanelerin belirtilen yöntemleri kullanmaları gerekli görülmektedir (Goldstein ve Schweikhart, 2002: 63-64). Araştırmada bu konuyla ilgili olarak sorulan soruya yöneticilerin verdikleri cevaplara göre, kamu sağlık kurumlarının etkili ve yenilikçi yöntemler kullanmaya özel sağlık kurumlarına nazaran daha fazla önem verdiği belirlenmiştir. Nitekim, *“yönetim iç ve dış müşteri ile etkileşimini sağlamak ve arttırmak için etkili ve yenilikçi yöntemler kullanır”* sorusuna verilen cevapların kamu sektörü ortalaması 4 iken, özel sektör ortalaması 3.5’dir.

Öte yandan sağlık hizmetlerinin kalitesine ilişkin bilgilerin elde edilmesi, performans göstergelerindeki artış, kurum içi işbirliği ve denetim konularında her iki sektör kurumlarında önemli ölçüde benzerlik bulunmasına karşın, kaliteye ilişkin verilerin değerlendirilmesinde bir farklılık söz konusudur. Nitekim, *“hastanemizde toplanan verilerin değerlendirilmesinde istatistiksel kalite kontrol teknikleri kullanılır”* sorusuna verilen cevapların kamu sektörü ortalaması 4.7 iken, özel sektör ortalaması 3.2’dir.

Her iki sektör sağlık kurumları diğer yataklı sağlık kurumları ile performans karşılaştırması yapılması ve personele kalite eğitimi verilmesi açısından da benzerlik göstermekle birlikte, düzenli aralıklarla kalite toplantılarının yapılması noktasında farklılık göstermektedir. Bu doğrultuda, *“kalite çalışmaları ve toplantıları düzenli aralıklarla gerçekleştirilir”* sorusuna verilen cevapların kamu sektörü ortalaması 5 iken, özel sektör ortalaması 3’dir. Kamu sağlık kurumlarında bu tür toplantılar aylık ve yıllık olarak programlandırılıp yapılırken; özel sektör sağlık kurumlarında kalite konusu daha çok rutin olarak yapılan normal toplantılarda ele alınmaktadır.

Kalite çalışmalarının değerlendirilmesinde büyük önemi olan iç ve dış müşteri istek ve beklentilerinin önemszenmesinde ise, her iki sektör sağlık kurumları benzer görüşler paylaşmaktadır. Bununla birlikte, öneri sisteminin uygulanmasında farklılık göze çarpmaktadır. *“Hastanemizde öneri sistemi etkindir”* sorusuna verilen cevapların kamu sektörü ortalaması 4.1 iken, özel sektör ortalaması 2.8’dir. Kamu sektörü sağlık kurumlarında hasta yoğunluğu fazla olmasına karşın, öneri sistemi uygulama çabalarının olduğu gözlenmektedir.

Araştırmada kamu ve özel sektör sağlık kurumları arasındaki en büyük farklılık, kalite çalışmalarının yapılma nedeninde ortaya çıkmıştır. Gerçekten, *“sağlık hizmetlerinde kalite çalışmalarının yapılmasının nedeni, verimlilik ve karlılık oranının artırılmasıdır”* sorusuna verilen cevapların kamu sektörü ortalaması 1 iken, özel sektör ortalaması 4.2’dir. Bu bağlamda,

kamu sektörü sağlık kurumlarının kalite çalışmalarını yapmasının temel nedeni kamu yararından hareketle toplum sağlık düzeyinin yükseltilmesi ve kurumların verimlilik düzeyinin artırılması iken; özel sektör sağlık kurumlarında nihai amaç verimlilik ve karlılık oranının yükseltilmesidir. Kuşkusuz, toplum sağlığı özel kesim açısından da önem taşımaktadır. Ancak, bu kuruluşlar özel girişim olmaları nedeniyle karlılığı ön planda tutmaktadırlar.

Sonuç olarak, her iki sektör sağlık kurumlarında kalite faaliyetleri benzerlikler taşımasına karşın; iç ve dış müşteri etkileşiminde kullanılan yöntemler, istatistiksel kalite kontrol teknikleri, kalite toplantılarının düzenlenme aralıkları, öneri sistem etkinliği ve kalite çalışmalarının yapılmasındaki temel neden yönlerinden farklılık göstermektedir. Kalitenin önemsenmesi sonucunda da her iki sektör sağlık kuruluşlarında – kamu sektöründe daha fazla olmakla birlikte- sağlık hizmetlerinin sunumunda bir kalite artışı saptanmıştır.

SONUÇ

Sağlık sektöründe hastalar teşhis ve tedavilerinin doğru bir biçimde, bilimsel ilkeler doğrultusunda ve son teknolojiden faydalanarak yapılması ve sağlıklarına en kısa sürede kavuşmaları beklentisi içindedirler. Bir diğer anlatımla, sağlık hizmetlerinden faydalananlar kaliteli sağlık hizmetlerinin nitelik, maliyet ve süre bakımından en iyi özelliklere sahip olmasını talep ederler. Birinci basamak sağlık hizmetleri açısından toplam kalite bireylerin sağlıklarının güvence altına alınmasını ifade ederken; ikinci ve üçüncü basamaklar yönünden hasta bireylerin kendileri için en uygun tedavinin seçilmesi ve uygulanması anlamındadır.

Sağlık kurumları, bir yandan iç ve dış müşteri memnuniyetini sağlamak diğer yandan da birer işletme olarak rekabet avantajı elde edebilmek amacıyla ürettikleri hizmetin kalitesini artırmak zorundadırlar. Özellikle son yıllarda yapılan çalışmalar ve elde edilen olumlu sonuçlar, kalite kavramı ile bireylerin ve toplumun sağlık düzeyini yükseltmeyi amaçlayan TKY'nin önemini artırmıştır. Bu nedenle kalite, sadece sağlık kurumlarının verimliliğinin ve karlılığının bir yolu değil; aynı zamanda toplumsal memnuniyetin bir aracı durumuna gelmiştir. Sağlık hizmeti sunan kurumların hasta memnuniyeti artırabilmeleri ve tıbbi hataları en aza indirmeleri büyük ölçüde TKY çalışmaları kapsamında bilgi sistem akışlarına işlerlik kazandırmaları, hızlı ve etkin haberleşme düzeni sağlamaları, veri tabanı oluşturmaya olanak veren güvenilir bir kayıt ve arşiv sistemi kurmaları, yöneticilerin toplam kalite anlayışını benimsemeleri ve kalite çalışmalarını bir ekip ruhu ile sürekli olarak gerçekleştirmelerine

dayanmaktadır.

Araştırmadan elde edilen bulgular da, hem kamu hem de özel sektör sağlık kurumlarının kaliteye önem verdiğini, bu doğrultuda bir takım çalışmalar gerçekleştirdiğini göstermiştir. Buna karşın, her iki sektör sağlık kurumlarının izledikleri yöntemlerde ve ortaya çıkan sonuçlarda bazı farklılıklar vardır. Kuşkusuz, bu durum sağlık kurumlarının içinde buldukları sektörden ve misyonlarından kaynaklanmaktadır. Ayrıca, kamu sağlık sektörü kurumlarında kalite çalışmalarının nihai amacı toplumun sağlık düzeyinin artırılması iken; özel sektörde bu amaç ikinci planda tutulup nihai amacın verimlilik ve karlılığın artırılması olduğu saptanmıştır.

Kuşkusuz, sağlık sistemimizde önemli bir yere sahip olan hastanelerde ve tıp merkezlerinde sağlık hizmetlerinin etkinliğinin artırılabilmesi için kaliteye önem verilmesi sevindirici olmakla birlikte, dileğimiz bu çalışmaların sürekli ve gelişerek devam etmesidir.

KAYNAKLAR

- AKSAKOĞLU, Gazanfer (1994), “Hekim İstihdamı ve Sağlık Hizmetinde Kalite”, Çalışma Ortamı, Sa: 15.
- ASLAN, Şebnem ve ÖZATA, Musa (2006), “Sağlık Yöneticilerinde Duygusal Zeka Boyutlarının Cooper Sawaf Haritasıyla Araştırılması”, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, C. 9, Sa: 2.
- ASUNAKUTLU, Tuncer (2004), Türkiye’de Yataklı Tedavi Kurumlarında Kalite Yönetimi, T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara.
- ASQC; “Basic Concepts: Quality”, American Society for Quality Control, (Erişim: <http://www.asq.org/glossary/q.html>, 13.12.2008).
- BALTAŞ, Zuhâl (2000), Sağlık Psikolojisi, Halk Sağlığında Davranış Bilimleri, Remzi Kitabevi, İstanbul.
- BESTERFIELD Dale H., BESTERFIELD-MICHNA Carol, BESTERFIELD Glen H. ve BESTERFIELD-SACRE Mary (1999); Total Quality Management, Second Edition, Prentice Hall, New Jersey.
- BEŞPARMAK, Adnan ve SEVİÇ, Ümit (2005), “Kayseri İl Merkezi Argıncık Sağlık Ocağı Bölgesinde Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı ve Kullanımını Etkileyen Faktörler”, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, C. 1, Sa.:6.
- BODUR, Said (1991), Aile Sağlığı, Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu Başkanlığı, Eğitim Serisi 2, Ankara.
- BOZTOK, Derman (1994), “Sağlık Hizmetlerinde Kalite Güvencesi”, Çalışma Ortamı, Sa: 15.
- BULUN Mustafa, DEMİRBAŞ Fatih ve KAPICIOĞLU, M. İ. Safa, “Koruyucu Sağlık Hizmetlerinde Bilişim Teknolojileri Kullanımının Önemi”, (Erişim: <http://ab.org.tr/ab02/tammetin/57.doc>, 10.12.2008).
- CROXALL, Colleen L. (2003); 2001 Michigan Hospital CQI/TQM Study, A Dissertation of Phd, Wayne State University, Detroit.

- ÇOBANOĞLU, Nesrin ve ÇOBANOĞLU, Murat (1998); “Toplam Kalite Yönetimi Açısından Hekimlerde İş Doyumu Araştırması Üzerine Tartışma”, (Edt.: Mithat ÇORUH), Sağlık Yönetiminde Devamlı Kalite İyileştirme, Haberal Eğitim Vakfı Yayını, Ankara.
- DEMING, W.Edwards (1994), Out of the Crisis, Cambridge University Press, New York.
- DİRİCAN, Rahmi (1990), Toplum Hekimliği-Halk Sağlığı Dersleri, Hatipoğlu Yayınları, Ankara.
- DOĞAN, Songül ve KAYA, Sıdıka (2004), “Aksaray’daki Sağlık Bakanlığı Hastane Yöneticilerinin Toplam Kalite Yönetimi Konusundaki Algıları”, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, C. 7, Sa: 1.
- EREN, T. Ufuk (1998), “Hastanelerde Etkinlik Kalite Yönetimine Uygun Olarak Artar”, Modern Hastane Yönetimi Dergisi, C. 2, Sa: 8.
- EREN Nevzat ve ÖZTEK, Zafer (1990), Sağlık Ocağı Yönetimi, Ankara.
- FRIEDMAN, Maria A (1995); “Issues in measuring and improving health care quality”, Health Care Financing Review, Summer95, Vol. 16 Issue 4.
- FİŞEK, Nusret (1982); “Sağlık Hizmetleri ve İşçi Sağlığı Ailelerinin Sağlık Sorunları”, Prof.Dr. Nusret Fişek’in Kitaplaşmamış Yazıları-I, Sağlık Yönetimi, Modern Yönetim Semineri, Türk-İş Yayınları No: 144, Ankara, (Erişim: http://www.tb.org.tr/n_fisek/kitap_1/33.html, 12.12.2008).
- FİŞEK, Nusret (1985), Halk Sağlığına Giriş, Hacettepe Üniversitesi-Dünya Sağlık Örgütü Hizmet Araştırma ve Araştırmacı Yetiştirici Merkezi Yayın No:2, Ankara
- GAITHER, Norman (1996), Production and Operations Management, Seventh Edition, Duxbury Press, New York.
- GOLDSTEIN, Susan Meryer ve SCHWEIKHART, Sharon B. (2002), “Empirical Support for the Baldrige Award Framework in U.S. Hospitals”, Health Care Management Review, Vol. 27 Issue 1.
- GROSS, Bertram Myron (1968); Organizations and Their Managing, Free Press, New York.
- HAYRAN, Osman ve SUR, Hayran (1996), Hastane Yöneticiliği, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul.
- JURAN, Joseph M. (2000), Juran’s Quality Handbook, McGraw-Hill, New York.
- KAVUNCUBAŞI, Şahin (2000), Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Siyasal Kitabevi, Ankara.
- LARSON, James S ve MULLER, Andreas (2002), “Managing the Quality of Health Care”, Journal of Health and Human Services Administration, Vol. 25 Issue 3.
- ØGAARD Torvald, MARNBURG Einar ve LARSEN Svein (2008); “Perceptions of organizational structure in the hospitality industry: Consequences for commitment, job satisfaction and perceived performance”, Tourism Management, Vol. 29, Issue: 4.
- PETERSON R. Dean, WUNDER Delores F ve MUELLER Harlan L. (1999), Social Problems, Globalization in The Twenty-First Century, New Jersey.
- RAMSARAN, Fowdar R.(2005), “Identifying Health Care Quality Attributes”, Journal of Health & Human Services Administration, Vol. 27 Issue 4.
- SARGUTAN, A. Erdal (2005a), “Sağlık Sektöründe Hizmet Talebi”,Hacettepe

- Sağlık İdaresi Dergisi, C. 8, Sa: 3.
- SARGUTAN, A. Erdal (2005b), “Sağlık Sektörü ve Sağlık Sistemlerinin Yapısı”, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, C. 8, Sa: 3.
- SARVAN, Fulya ve BERK, Oğuz (1995), “Sağlık Hizmetlerinde Sürekli Kalite İyileştirme Sürecinin Yönetimi”, İ.Ü. İşletme Fakültesi Dergisi, C. 24, Sa: 2.
- SCHULZ, Rockwell ve JOHNSON, Alton C. (1990), Management of Hospitals and Health Services Strategic Issues and Performance, Mosby-Year Book, Third Edition, St. Louis.
- SOYLUOĞLU, S. Başak (2003), “Çağdaş Sağlık Anlayışı”, (Erişim: <http://www.bilkent.edu.tr/~bilheal/aykonu/Ay2003/kasim03/cagdassaglik.html>, 20.11.2008).SUMMERS, Donna C.S. (2006), Quality, Pearson Prentice Hall, New York.
- TOKAT, Mehmet (1990), “Sağlık Sektörü ve Verimlilik”, Verimlilik Dergisi, Özel Sayı, MPM, 1990.
- UYGUÇ, Nermin (1998), Hizmet Sektöründe Kalite Yönetimi, Stratejik Bir Yaklaşım, Dokuz Eylül Yayınları, İzmir.
- ZASTROW, Charles (1996), Social Problems: Issues and Solutions, Fourth Edition, Chicago.
- ZEITHAML, Valarie A. (1988); “Consumer Perceptions of Price, Quality and Value: A Means-End Models and Synthesis of Evidence”, Journal of Marketing, Vol. 52, Issue: 3.
- ZERENLER, Muammer ve ÖĞÜT, Adem (2007); “Sağlık Sektöründe Algılanan Hizmet Kalitesi ve Hastane Tercih Nedenleri Araştırması: Konya Örneği”, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, C. 5, Sa: 18.