

**T.C.  
GAZİ ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ  
İŞLETME ANABİLİM DALI  
HASTANE İŞLETMECİLİĞİ BİLİM DALI**

**HASTANE İŞLETMELERİNDE HİZMET KALİTESİNİN  
ÖLÇÜLMESİ VE  
BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİ ÖRNEĞİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Hazırlayan**

**Yonca ÖZATKAN**

**Tez Danışmanı**

**Doç. Dr. Beyhan MARŞAP**

**Ankara–2008**

Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğüne,

Yonca ÖZATKAN tarafından hazırlanan “Hastane İşletmelerinde Hizmet Kalitesinin Ölçülmesi ve Bir Üniversite Hastanesi Örneği” başlıklı bu çalışma, 19.12.2008 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda oybirliği ile başarılı bulunarak jürimiz tarafından İşletme Anabilim Dalında Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

.....  
Prof. Dr. Dilaver TENGİLİMOĞLU  
(Başkan)

.....  
Doç. Dr. Beyhan MARŞAP

.....  
Doç. Dr. Figen ZAF

## ÖNSÖZ

Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de hızla gelişen hizmet sektöründe, işletmeler için başarının yolunu açan faktörlerin başında müşterilerine sundukları hizmetin kalitesi gelmektedir. Sağlık hizmeti üreten hastaneler içinse “hizmet kalitesi” günümüzde artık bir tercihten çok zorunluluk halini almıştır. Bu bağlamda, hizmeti satın alanların bekledikleri ve algıladıkları kalite düzeylerinin ölçülmesi, işletmelerin sundukları hizmetin kalitesinin değerlendirilmesi ve günümüzün rekabetçi ortamında yerlerini koruyabilmeleri bakımından oldukça önemlidir.

Bu çalışma ile hizmet işletmelerinden hastane işletmelerinin müşterilerinin yani hastaların, algıladıkları hizmet kalitesi yargıları ölçülmeye çalışılmıştır. Araştırma kapsamında, Türkiye’nin tüm illerinden, değişik sosyoekonomik ve kültürel düzeydeki hastalara hitap eden Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbni Sina Hastanesi, örnek olarak seçilmiştir.

Hizmet işletmelerinde algılanan hizmet kalitesinin ölçülmesine yönelik geliştirilen, araştırmacılar tarafından sıklıkla kullanılan ve geçerliliği kanıtlanmış olan SERVQUAL Modeli, bu çalışmada tercih edilmiştir.

Öncelikle, tez çalışmamın başından sonuna kadar yardımlarını esirgemeyen, yönlendirme ve katkılarıyla sağladığı bilimsel destek için tez danışmanım Doç. Dr. Beyhan MARŞAP’a;

Tezimin araştırma bölümünde yardımlarını esirgemeyen hastane yönetimine, servis sorumlu hemşirelerine ve İbni Sina Hastanesi’nin tüm çalışanlarına; araştırma sonuçlarının değerlendirilmesinde göstermiş olduğu yakın ilgi ve destek için Ankara Üniversitesi Ziraat Fakültesi Biyometri ve Genetik Anabilim Dalı öğretim üyesi Doç. Dr. Muhip ÖZKAN’a;

Bu çalışmanın her aşamasında maddi ve manevi desteklerini hissettiren aileme ve dostlarıma sonsuz şükran ve teşekkürlerimi sunarım.

## İÇİNDEKİLER

|                   |      |
|-------------------|------|
| ÖNSÖZ .....       | i    |
| İÇİNDEKİLER ..... | ii   |
| KISALTMALAR ..... | v    |
| TABLolar .....    | vi   |
| ŞEKİLLER .....    | viii |
| GİRİŞ .....       | 1    |

## BİRİNCİ BÖLÜM

### HİZMET, SAĞLIK HİZMETLERİ VE HASTANE KAVRAMLARI

|                                                      |    |
|------------------------------------------------------|----|
| 1.1. HİZMET .....                                    | 3  |
| 1.1.1. Hizmetin Özellikleri.....                     | 5  |
| 1.1.2. Hizmet ve Mal Arasındaki Farklar .....        | 7  |
| 1.1.3. Hizmet Paketi .....                           | 10 |
| 1.1.4. Hizmet Sektörünün Ekonomideki Rolü.....       | 11 |
| 1.2. SAĞLIK HİZMETLERİ .....                         | 14 |
| 1.2.1. Sağlık Hizmetleri Tanımı.....                 | 14 |
| 1.2.2. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri .....        | 15 |
| 1.3. HASTANE İŞLETMELERİ .....                       | 21 |
| 1.3.1. Sağlık İşletmelerinin Sınıflandırılması ..... | 21 |
| 1.3.3. Hastane İşletmelerinin Fonksiyonları .....    | 25 |
| 1.3.4. Hastane İşletmelerinin Amaçları .....         | 27 |
| 1.3.5. Hastane İşletmelerinin Türleri.....           | 28 |
| 1.3.5. Hastane İşletmelerinin Özellikleri .....      | 29 |

## İKİNCİ BÖLÜM

### HİZMET KALİTESİ VE SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE

|                                                                                   |           |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>2.1. HİZMET KALİTESİ .....</b>                                                 | <b>37</b> |
| 2.1.1. Kalite Kavramı .....                                                       | 37        |
| 2.1.2. Hizmet Kalitesi Kavramı .....                                              | 39        |
| 2.1.2.1. Hizmet Kalitesi ve Müşteri Tatmini .....                                 | 42        |
| 2.1.2.2. Hizmet Kalitesinin Boyutları .....                                       | 44        |
| 2.1.3. Hizmet Kalitesi Modelleri ve Hizmet Kalitesini Ölçme Yöntemleri.....       | 48        |
| 2.1.3.1. Parasuraman, Zeithaml ve Berry'nin Kavramsal Hizmet Kalitesi Modeli..... | 49        |
| 2.1.3.2. SERVQUAL Analizi .....                                                   | 62        |
| <b>2.3. SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE .....</b>                                     | <b>72</b> |
| 2.3.1. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Kavramının Tarihsel Gelişimi.....              | 73        |
| 2.3.2. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Kavramının Tanımlanması .....                  | 75        |
| 2.3.2.1. Donabedian'ın Tanımı .....                                               | 75        |
| 2.3.2.2. Maxwell'in Tanımı.....                                                   | 77        |
| 2.3.2.3. Ovretveit'in Tanımı .....                                                | 78        |
| 2.3.2.4. Amerikan Tabipler Birliğinin Tanımı .....                                | 78        |
| 2.3.2.5. ABD Tıp Enstitüsünün Tanımı .....                                        | 78        |
| 2.3.2.6. Diğer Tanımlar .....                                                     | 79        |
| 2.3.3. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetim Sistemleri .....                       | 80        |
| 2.3.3.1. ISO 9000.....                                                            | 83        |
| 2.3.3.2. EFQM Mükemmellik Modeli .....                                            | 86        |
| 2.3.3.3. Akreditasyon .....                                                       | 89        |
| 2.3.4. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Boyutları .....                                | 94        |
| 2.3.4.1. Sağlık Hizmetlerinde Teknik ve Algılanan(Fonksiyonel) Kalite.....        | 96        |
| 2.3.5. Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Hasta Tatmini.....                          | 98        |

## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

### HASTANE İŞLETMELERİNDE HİZMET KALİTESİNİN ÖLÇÜLMESİNE YÖNELİK BİR ARAŞTIRMA

|                                                                                                   |            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>3.1. ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ İBNİ SİNA ARAŞTIRMA VE<br/>UYGULAMA HASTANESİ .....</b> | <b>100</b> |
| <b>3.2. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ.....</b>                                                               | <b>102</b> |
| <b>3.3. ARAŞTIRMANIN AMACI VE KAPSAMI .....</b>                                                   | <b>102</b> |

|                                                |            |
|------------------------------------------------|------------|
| <b>3.4. EVREN VE ÖRNEKLEM .....</b>            | <b>103</b> |
| <b>3.5. ARAŞTIRMANIN METODOLOJİSİ .....</b>    | <b>105</b> |
| 3.5.1. Araştırmanın Değişkenleri.....          | 105        |
| 3.5.2. Araştırmanın Kısıtları .....            | 105        |
| 3.5.3. Hipotezler.....                         | 105        |
| <b>3.6. VERİLERİN ANALİZİ.....</b>             | <b>111</b> |
| 3.6.1. Güvenilirlik Analizleri .....           | 112        |
| 3.6.2. Betimsel İstatistikler.....             | 114        |
| 3.6.3. SERVQUAL Puanlarının Hesaplanması ..... | 116        |
| 3.6.4. Hipotez Testleri.....                   | 119        |
| <b>SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>                  | <b>133</b> |
| <b>KAYNAKÇA .....</b>                          | <b>138</b> |
| <b>EKLER.....</b>                              | <b>151</b> |
| <b>ÖZET .....</b>                              | <b>155</b> |
| <b>ABSTRACT .....</b>                          | <b>156</b> |

## KISALTMALAR

|                     |                                                                              |
|---------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| ACP                 | : American College of Physicians                                             |
| ACS                 | : American College of Surgeons                                               |
| AHA                 | : American Hospital Association                                              |
| AMA                 | : American Medical Association                                               |
| ASQC                | : American Society for Quality Control                                       |
| c.                  | : Cilt                                                                       |
| CCHSA               | : Canadian Council on Health Services Accreditation                          |
| CMA                 | : Canadian Medical Association                                               |
| DPT                 | : Devlet Planlama Teşkilatı                                                  |
| Ed.                 | : Editör                                                                     |
| EFQM                | : European Foundation for Quality Management                                 |
| EOQC                | : European Organization for Quality Control                                  |
| GSYİH               | : Gayri Safi Yurt İçi Hasıla                                                 |
| HQS                 | : Health Quality Services                                                    |
| ISO                 | : International Organization for Standardization                             |
| İbni Sina Hastanesi | :Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbni Sina Araştırma ve Uygulama Hastanesi |
| JCAH                | : Joint Commision on Accreditation of Hospitals                              |
| JCAHO               | :Joint Commision for Accreditation of Health Care Organizations              |
| JCI                 | : Joint Commision International                                              |
| NHS                 | : National Health Services                                                   |
| p.                  | : Page                                                                       |
| s.                  | : Sayfa                                                                      |
| S.                  | : Sayı                                                                       |
| SSK                 | : Sosyal Sigortalar Kurumu                                                   |
| TKY                 | : Toplam Kalite Yönetimi                                                     |
| TSE                 | : Türk Standartları Enstitüsü                                                |
| Vol.                | : Volume                                                                     |
| WHO                 | : World Health Organization                                                  |

## TABLOLAR

|                                                                                                                                                    |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Tablo 1: Hizmet ve Mal Arasındaki Farklar.....                                                                                                     | 9   |
| Tablo 2: Hizmet Kalitesinin Boyutları.....                                                                                                         | 45  |
| Tablo 3: SERVQUAL Boyutları ve Hizmet Kalitesini Ölçmek İçin Olan Orijinal 10 Boyut Arasındaki Uygunluk.....                                       | 63  |
| Tablo 4: SERVQUAL Ölçeğindeki Beş Boyuta Ait İfadeler.....                                                                                         | 64  |
| Tablo 5: ISO–9001 Standartları.....                                                                                                                | 85  |
| Tablo 6: EFQM Mükemmellik Modeli Kriterleri.....                                                                                                   | 88  |
| Tablo 7: Sağlıkta Kalite Boyutlarına Ait Modeller.....                                                                                             | 95  |
| Tablo 8: İbni Sina Hastanesi-Genel Bilgiler (2007).....                                                                                            | 100 |
| Tablo 9: İbni Sina Hastanesi Personel Sayısı (2007).....                                                                                           | 100 |
| Tablo 10: İbni Sina Hastanesi'nde Bulunan Yataklı Servisler ve Bunların Yatak Sayıları.....                                                        | 101 |
| Tablo 11: Araştırmaya Katılan Hastaların Tedavi Gördüğü Bölümlere Göre Dağılımı.....                                                               | 104 |
| Tablo 12: Algılanan Hizmet Kalitesi Ölçeği Güvenilirlik Katsayıları.....                                                                           | 113 |
| Tablo 13: Beklenen Hizmet Kalitesi Ölçeği Güvenilirlik Katsayıları.....                                                                            | 113 |
| Tablo 14: Araştırmaya Katılan Hastaların Cinsiyet, Yaş, Eğitim Durumu, Gelir Düzeyi ve Bağlı Oldukları Sosyal Güvenlik Kurumuna Göre Dağılımı..... | 114 |
| Tablo 15: Ortalama SERVQUAL Puanları.....                                                                                                          | 117 |

|                                                                               |     |
|-------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Tablo 16: Kalite Boyutlarının Önem Derecelerine Göre Ağırlıklandırılması..... | 118 |
| Tablo 17: Ağırlıklandırılmış SERVQUAL Puanı.....                              | 119 |
| Tablo 18: Yaşa Göre SERVQUAL Puanları.....                                    | 122 |
| Tablo 19: Eğitim Durumuna Göre SERVQUAL Puanları.....                         | 124 |
| Tablo 20: Gelir Durumuna Göre SERVQUAL Puanları.....                          | 127 |
| Tablo 21: Hipotez Test Sonuçları.....                                         | 131 |

## ŞEKİLLER

|                                                                                      |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Şekil 1: Algılanan Hizmet Kalitesi Boyutları.....                                    | 50 |
| Şekil 2: Parasuman, Zeithaml ve Berry'nin Kavramsal Hizmet Kalitesi Modeli.....      | 52 |
| Şekil 3: Hizmet Kalitesinin Sürekli Ölçümü ve İyileştirilmesi İçin Süreç Modeli..... | 61 |
| Şekil 4: EFQM Mükemmellik Modeli.....                                                | 87 |
| Şekil 5: Sağlık Hizmetlerinde Hizmet Kalitesi Belirleyicileri.....                   | 97 |

## GİRİŞ

Günümüzün rekabetçi ortamında bir iktisadi hizmet işletmesini diğerlerinden farklı kılan en önemli unsurlardan biri işletmenin sunduğu hizmetin kalitesi ve müşterilerin bu hizmet kalitesini nasıl beklediği ve algıladığıdır. Verimliliklerini ve kârlılıklarını sürekli kılmak isteyen işletmelerin, kalitelerini değerlendirmeleri için öncelikle kalitelerini ölçmeleri gerekmektedir. Kalite kavramının temelinde “sürekli iyileştirme” yer aldığından, öncelikle sunulan hizmetin kalitesinin ölçülmesi gerekmektedir. Ölçülmeyen kalitenin değerlendirilmesi ve sürekli iyileştirmenin sağlanması mümkün değildir.

Sağlık hizmetleri sunumunda bilgilerin ve teknolojinin son derece hızlı yenilenmesine bağlı olarak sürekli olarak gelişme yaşanmaktadır. Üstelik sağlık sektöründe müşteri “hasta”, konu ise “insan hayatı”dır. Sürekli kalite iyileştirme, sağlık işletmelerinin daha iyiye ulaşmasında büyük bir fırsattır. Sağlık hizmetlerinde akreditasyon, organizasyonel ve hasta odaklı kriterleriyle sürekli kalite iyileştirilmesi sürecinde sağlık işletmelerine rehber olmaktadır. Son yıllarda akreditasyon Türkiye’de de, Sağlık Bakanlığı’ndan özel hastanelere, devlet hastanelerden üniversite hastanelerine kadar sağlık hizmeti sunum sürecinde yer alan her organizasyonun gündeminde üst sıralarda yer almaktadır. Bu da, sağlık işletmelerinin hizmet kalitesini artırma çabalarına somut bir örnek olarak kabul edilebilir. Ancak, sunulan hizmetin kalitesini en iyi belirleyenler kuşkusuz bu gibi düzenleme ve mevzuatlardan çok, hizmeti satın alan hastalardır.

Tez çalışmamda, hizmet kalitesinin ölçülmesi amacıyla Parasuraman, Zeithaml ve Berry tarafından geliştirilmiş olan ve 90’lı yıllardan günümüze kadar yaygın olarak kullanılmakta olan SERVQUAL Modeli esas alınmıştır.

Birinci bölümde hizmetin özelliklerinden başlayarak, sağlık hizmetleri ve hastane işletmeleri kavramlarıyla ilgili genel bilgi verilmiştir.

İkinci bölümde hizmet kalitesi, hizmet kalitesinin ölçülmesinde kullanılan yöntemlerden SERVQUAL Metodu ve sağlık sektöründe yürütülen kalite çalışmaları kapsamlı olarak ele alınarak hizmet kalitesini oluşturan tüm detaylar açıklanmıştır.

Üçüncü bölümde ise tezin araştırma kısmı yer almaktadır. Araştırma alanı olarak seçilen Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbni Sina Araştırma ve Uygulama Hastanesi hakkında istatistikî bilgiler verilmiş, hastanede yatarak tedavi gören hastaların bekledikleri ve algıladıkları hizmet kalitesi algılarının ölçümleri yapılmış ve analiz edilecek veriler anket yoluyla toplanmıştır. Son olarak, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbni Sina Araştırma ve Uygulama Hastanesi'ne ait elde edilen bulgular değerlendirilmiştir.

## **BİRİNCİ BÖLÜM**

### **HİZMET, SAĞLIK HİZMETLERİ VE HASTANE KAVRAMLARI**

#### **1.1. HİZMET**

Literatür incelendiğinde hizmet kavramıyla ilgili çok sayıda tanım yapıldığı gözlenmektedir. Hizmetin değişik yazarlar tarafından yapılan bazı tanımları şöyledir:

Amerikan Pazarlama Birliğine göre hizmet, satış amacıyla sunulan veya ürünlerin satışı ile bağlantılı olarak ortaya konulan eylemler, faydalar veya tahminlerdir. Bu tanım uzun yıllar genel kabul görmesine rağmen mal ve hizmetler arasında belirgin bir ayrım yapmamasından ötürü etkisiz hale gelmiştir. Bu eksikliği gideren bir tanıma göre ise hizmet, ayrı ayrı teşhis edilebilen, istekleri tahmin eden ve gerçekte fiziksel olarak dokunulması mümkün olmayan (soyut) faaliyetlerdir (Cowell, 1991: 22).

Hizmetler, soyut olma özelliğine sahip ve alındığında herhangi bir soyut mala sahip olmakla sonuçlanmayan, satış için sunulan faaliyetler ve faydalardan meydana gelen ürün çeşididir (Kotler ve Armstrong, 2001: 291).

Hizmetler, zaman, yer, biçim ve psikoloji bakımından fayda sağlayan ekonomik faaliyetlerdir (Parasuraman, Zeithaml, Berry, 1985: 41).

Hizmet “bir kişi veya kuruluşun bir diğer kişi veya kuruluşa sunduğu elle tutulamaz bir faaliyet veya yarar” olarak tanımlanmaktadır (Karafakioğlu, 1998: 100).

Hizmet, başka biri için iş icra etmektir (Goetsch ve Davis, 1998: 104).

Hizmet, tüketici ihtiyaçlarının tatmin edilmesi amacıyla meydana

getirilen maddi niteliği olmayan bir üründür (Kuriloff, Hemphill, Cloud, 1993: 247).

Hizmet, üretildiği yerde tüketilen bir iş veya eylem, bir performans, sosyal olay ve çaba olarak tanımlanabilir (Uyguç, 1998: 8).

Hizmet, insan ve makineler tarafından insan gayretiyle üretilen ve tüketicilere doğrudan fayda sağlayan ve fiziksel olmayan ürünlerdir (Karahana, 2000: 21).

İlk iktisatçılar hizmetlere çok az dikkat çektiler. Hizmetleri üretken olmayan ve ekonomiye hiçbir değer katmayan bir biçimde değerlendirdiler. Adam Smith 18.yy'da yazdığı makalesinde; tarım ve imalat gibi somut çıktıları olan üretim ile aracı çabaları, doktor, hukukçu ve askeri güçler gibi somut olmayan üretim ayrımına yer vermekle beraber bu ikincisini ekonomik değeri olmayan üretim olarak tanımladı. Smith' in bu görüşü 19 uncu yüzyıl sonlarına doğru Alfred Marshall' ın hizmetler alanındaki düşüncelerini ortaya koyuncaya kadar hâkim düşünce olarak kaldı. Marshall eğer soyut hizmetler olmazsa, somut hizmetlerin hiç mevcut olmayabilecekleri görüşünü kabul etti. Marshall'a göre tarımsal ürün dağıtıcısı ürünlere bir değer katar, aşırı üretimin olduğu alanlarda taşıma ve dağıtımı yapılmayan tarımsal üretim bir değer ifade etmeyecektir (Palmer, 1997: 1).

Amerikan Pazarlama Birliği hizmeti 10 kategoride sınıflamaktadır. Bunlar (Öztürk, 1998: 2) :

- a. Sağlık hizmetleri,
- b. Finansal hizmetler,
- c. Profesyonel hizmetler(avukatlık, muhasebecilik, mimarlık gibi),
- d. Konaklama, seyahat ve turizm hizmetleri,
- e. Spor, sanat ve eğlendirme hizmetleri,
- f. Kamusal, yarı kamusal, kâr amacı gütmeyen hizmetler,
- g. Fiziksel dağıtım ve kiralama hizmetleri,

- h. Telekomünikasyon hizmetleri,
- i. Kişisel bakım ve onarım hizmetleridir.

Bir ürün, fiziki bir mal veya hizmet ya da bunların her ikisinin karması olabilir. Ürünü ihtiyaçları tatmin bağlamında düşünmek gerekir. Eğer firmanın hedefi ihtiyaçları tatmin etmek ise, hizmet ürünün bir parçası olabilir, ya da tek başına ürün olabilir bu anlamda toplam pazarlama karmasının bir parçası olarak sağlanmalıdır (Kotler, 2000: 428).

### 1.1.1. Hizmetin Özellikleri

Hizmet işletmelerinde üretilen hizmetlerin belirli özellikleri vardır. Bu ortak özellikler şunlardır (Ak ve Sevin, 2000: 26–27):

- a. Elle tutulmazlar: Hizmetin bizzat kendileri değil onları temsil eden nesneler elle tutulabilir. Diğer bir ifadeyle hizmetin dokunulmazlığı, hizmetler nesne olmayıp performans ya da hareket olması, hizmeti mallardan ayıran en önemli özelliklerden biridir
- b. Stoklanamazlar: Fiziksel ürünler, hizmetlerden farklı olarak önce üretilir, sonra depolanır, satılır ve tüketilir. Hizmetler ise önce satılır, daha sonra üretilir ve üretildikleri anda tüketilir.

Hizmet işletmelerinde, hizmet üretiminde kullanılmak veya tüketilmek amacıyla edinilen ilk madde ve malzeme, yarı mamul, mamul, ticari mal, yan ürün, artık ve hurda gibi varlıklar stok olarak adlandırılır (Akar, 2002: 132).

Türkiye Muhasebe Standartları Stoklara İlişkin Türkiye Muhasebe Standardında da hizmetlere ilişkin stok konusuna yer verilmiştir. Buna göre, hizmet sunan işletmelerde stokların maliyeti hizmetin sunulmasında doğrudan görev alan personelin işçilik ücretleri ve diğer maliyetleri ile bunlarla ilgili olabilecek genel giderleri içerir

(<http://www.tmsk.org.tr> (Erişim) 12 Ağustos 2008).

- c. Patent aracılığıyla korunamazlar: Hizmetin patenti zordur, dolayısıyla yeni hizmet kavramları rahatça taklit edilebilir.
- d. Teşhir ve tanıtma imkânı yoktur: Alıcılara sözlü olarak ifadeleri, örneklerle ifade edebilmeleri kolay değildir.
- e. Fiyatlandırma zor ve karmaşıktır: Fiyat hizmetin değerlendirilmesinde bir kalite ölçütü olarak ele alınmaktadır. Bunun yanında hizmetlerin kendine özgü yapısı da fiyat belirlemeyi zorlaştırmaktadır. Ayrıca bazı hizmetlerin fiyatları devletçe ya da yerel kamu kurumlarınca denetlenir. Bazı hizmetlere ise arz-talep-maliyet kavramlarını uygulamak güçtür.
- f. Standartlaştırma ve kalite kontrolünde zorluklar vardır: Hizmetlerin birbirinden farklı oluşu ya da aynı hizmetin iki ayrı sunumunun aynı olmaması hizmetin standartlaştırılmasını güçleştirmektedir. Kalite onu sunan kişiye göre değiştiğı gibi, zaman içinde aynı kişi düzeyinde de sabit kalmaz.
- g. Dayanıksızlık ve talebin düzensizliğı söz konusudur: Hizmetin dayanıksız oluşu onun stoklanamaması, iade edilmemesi ve yeniden satılmamasıdır. Hizmetlere talep yıl içinde mevsimlere, günlere ve gün içinde saatlere göre değişebilir. Talebin düzensiz oluşu hizmetin dayanıksızlığını artırır.
- h. Ayrılmazlık özelliğı vardır: Hizmetin yaratılması ve kullanılması aynı anda olmaktadır. Hizmetlerde satıcı ile alıcı, sunan ile alanın bir arada bulunması gerekir. Diğer bir ifadeyle hizmetler, onları üretenden ayrılmaz.
- i. Sahiplik yoktur faydalanma vardır: bir ürünü alan onun sahibi olurken hizmet sektöründe ancak o hizmetten faydalanma söz konusudur. Hizmeti kullananlar bunları devredemez.

Hizmet işletmeleri ürettikleri hizmetlerle ilgili tüm boyutların yanında, hizmeti sunarken verimlilik, değişkenlik, tüketim, devamlılık, güven vb.

unsurları da düşünmelidirler.

### 1.1.2. Hizmet ve Mal Arasındaki Farklar

Hizmet üretimi ile mamul üretimi arasındaki farklılıklar aşağıdaki gibi sıralanabilir:

- a. Hizmetler daha soyut, mallar daha somuttur. Hizmet üreten şirketler açısından hizmeti tanımlamak, açıklamak zordur. Mallarda mümkün olan imalat kalite özelliklerinin, hizmetler için tanımlaması daha karmaşık yaklaşımlar gerektirir. Müşteri açısından sunulan hizmeti değerlendirmek zordur. Mamul üretimi teknolojileri, hizmet üretimi teknolojilerine göre daha sermaye yoğun niteliklidir.
- b. Mamul üretiminden elde edilen çıktıların stoklanması, hizmet üretiminden elde edilen çıktılara göre daha kolaydır.
- c. Mamul üretimi sürecine müşterilerin doğrudan katılımı seyrek. Buna karşın hizmet üretiminin gerçekleşebilmesi için müşterilerin üretim sürecine doğrudan katılımı çoğunlukla temel koşuldur.
- d. Mamul üretiminden elde edilen çıktıların sınırlı düzeyde geleneksel nitelik kazanmalarına karşın, hizmet üretiminden elde edilen çıktılar çok yaygın biçimde geleneksel nitelik kazanmaktadırlar.
- e. Hizmet süreçlerinde müşteriler ile yakın ilişkiler kurulması sonucu gelenekselleşme meydana gelirken, imalat süreçlerinde gelenekselleşme olmamaktadır.
- f. Mallar daha homojen ve standart sunulabilir, fakat buna karşın hizmetler daha heterojen yapıdadırlar. Aynı isim altında sunulan hizmet, bir hizmet sağlayıcıdan diğerine, bir müşteriden diğerine veya bir andan başka bir ana değişir. Hilton'da sunulan konaklama hizmeti küçük bir kasaba otelinde sunulan konaklama hizmetinden farklıdır. Bir kuaförün her müşterisine sunduğu saç kesme hizmeti farklı olabilir. Bankadaki memurun Salı günü sabah erken saatte

sunduğu hizmetle Cuma günü saat 16.00'dan sonra sunduğu hizmet oldukça farklı olabilir.

- g.** Müşteriler hizmetlerin üretim aşamasında rol alırlar. Mallar üretildikten sonra müşteriye ulaştırılırlar ve genelde mallar üretim işlemi bittikten sonra faydalı ve tüketilebilir hale gelirler. Oysa hizmetler genelde üretim aşamasında aynı zamanda tüketilirler. Müşteri üretim faaliyetinin doğrudan içindedir ve üretilen hizmetin özelliklerini belirler. Mallar üretildikten sonra depolanıp daha sonraki bir zamanda tüketilebilirler. Mallar bir yerden bir yere taşınabilirler. Hizmetler depolanamazlar ve taşınamazlar.
- h.** Müşteri hizmet satın aldığı anda somut bir şeyin sahibi olmaz. Müşteri bir malı satın aldığı anda o malın mülkiyeti müşteriye geçer. Yiyecek, içecek gibi dayanıksız tüketim mallarında bu mülkiyet mal tüketilene kadar sürer. Mülkiyet dayanıklı ürünlerde daha belirgindir. Satın alınan bir buzdolabı uzun bir süre sahibinin mülkiyetinde fayda sağlar, fakat hizmet satın alan kişi mülkiyet elde etmez.
- i.** Hizmetler aktiviteler ve işlemler bütünüdür. Satın alınmadan veya tüketilmeden önce test edilemezler. Özellikle dayanıklı ürünler grubuna giren mallar (araba, televizyon, vs.) satın alınmadan önce test edilebilir. Hizmetlerin önceden test edilmesi bir iki istisna dışında pek mümkün değildir.
- j.** Hizmetler bir dizi alt hizmetlerden oluşurlar. Müşteri hizmeti bütün olarak değerlendirir. Hizmet kalitesi müşterinin toplam hizmet üzerinde oluşturduğu beklentiye bağlıdır.

Hizmet üretimi ile mamul üretimi arasındaki farklılıklar nedeniyle hizmet üretiminin daha farklı bir yaklaşım içinde ele alınması gerekmektedir. Bununla beraber çoğu zaman hizmet üretimi ile mamul üretimi birbirini tamamlar durumdadırlar ve farklılıkları yanında benzer yönleri de bulunmaktadır. Bu nedenle mamul kalitesinin iyileştirilmesi sorununun mutlaka hizmet kalitesinin iyileştirilmesi sorunu ile birlikte ele alınması

gerekmektedir (Gözlü, 1995: 86).

**Tablo 1: Hizmet ve Mal Arasındaki Farklar**

| <b>Değerlendirme Ölçütü</b> | <b>HİZMET</b>                       | <b>MAL</b>                         |
|-----------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|
| <b>İŞLEMLER</b>             | İnsan odaklı                        | Teknik                             |
|                             | Belirsiz, kararsız                  | Kararlı, kestirilir                |
|                             | Emek yoğun                          | Sermaye yoğun                      |
|                             | Müşteri sürecin bir parçası         | Müşteri süreçten ayrık             |
|                             | Sistem müşteriyle doğrudan ilişkili | Sistem müşteriyle dolaylı ilişkili |
|                             | Yanıt süresi kısa                   | Yanıt süresi uzun                  |
| <b>ÇIKTILAR</b>             | Üretim ve tüketim eşzamanlı         | Önce üretilir sonra tüketilir      |
|                             | Stoklanamaz                         | Stoklanabilir                      |
|                             | Taşınamaz                           | Taşınabilir                        |
|                             | Toptan üretilemez                   | Toptan üretilabilir                |
|                             | Fabrikasyon olanaksız               | Fabrikasyon olanaklı               |
|                             | Genellikle patentle korunamaz       | Patentle korunur                   |
|                             | Soyut, dayanıksız                   | Fiziksel, dayanıklı                |
|                             | Daha az standarttır                 | Standarttır                        |
|                             | Değişken belirsiz verimlilik        | Kararlı verimlilik                 |
|                             | Değişken belirsiz kapasite          | Belirlenebilir kapasite            |
|                             | Ölçümü zor, öznel kalite            | Ölçümü kolay, nitel kalite         |
| <b>ÇALIŞANLAR</b>           | Kolay denetlenemez                  | Kolay denetlenir                   |
|                             | İnsanları etkileyebilmek gerekir    | Sadece teknik ustalık istenir      |
|                             | Büyük ölçüde kişisel kararlar       | Kişisel kararlar daha sınırlı      |
|                             | Müşteriyle çok yoğun ilişki         | Müşteri ile ilişki az veya hiç yok |

(Kaynak: Yıldır, 1994: 56)

### 1.1.3. Hizmet Paketi

Hizmet paketi kavramı, hizmetin yalnızca soyut yanını değil, aynı zamanda somut yani gözle görülebilen, elle tutulabilen birtakım malları da göz önüne almaktadır. Hemen hemen tüm malların satın alınması birtakım hizmetleri, yine hemen hemen her hizmetin satın alınması da bazı malları beraberinde getirmektedir. İster mal, ister hizmet olsun, her satın alma “mal ve/veya hizmet paketini” içermektedir. Diğer bir deyişle müşteriler sadece hizmet değil “hizmet paketi” satın alırlar. Örneğin müşterilere sağlık hizmeti sunulabilmesi için doktorun sunduğu tıbbi hizmetin yanında birtakım tıbbi araç gereçler, cihazlar gerekmektedir. Bu somut mallar olmasa, hastaya sunulan hizmet yetersiz kalacaktır (Uyguç, 1998: 9).

Mal veya hizmet paketini oluşturan fiziksel mallar, işlevlerine göre iki grupta incelenebilir (Uyguç, 1998; 9):

**a. Destekleyici mallar veya fiziksel destek:** Bunlar hizmet işletmesinin sahip olduğu ve hizmet üretmek amacı ile kullandığı araç, gereç, teçhizat ile fiziksel ortamdır. Örneğin, bir otel odası, bir bankanın kredi kaynakları, bir öğretmenin kitabı, bir şirketin kullandığı kamyon...

**b. Kolaylaştırıcı veya fiziksel ürünler:** Hizmet üretimi sırasında tüketilen mal ya da mallardır. Örnek olarak bir restoranda yenilen yemek, kiralanan ev veya araba gösterilebilir.

Müşteri hizmeti satın alırken, hizmeti sunan personel, araç, gereç ve hizmetin yaratıldığı fiziksel ortam ile etkileşim halindedir. Bu etkileşim sırasında, müşteri tek başına hizmetten değil, hizmet paketinden yararlanmaktadır. Örnek olarak, sağlık hizmeti almak için hastaneye giden bir hasta, personelin tıbbi bilgisinin yanında bekleme odalarının rahatlığından, hastanenin temizliğinden, odalarda kullanılan eşyalardan, cihazların yeni teknolojiye uygunluğundan da yararlanmaktadır. Diğer bir deyişle hizmetin sunulması sırasında kullanılan mal ve eşyalar da müşteri için hizmet kadar

önemlidir. Bu yaklaşıma göre bir hastanenin sunduğu hizmet paketi;

- a. Hastanın (müşterinin) hastane personeli ile etkileşiminden sağladığı yararlar,
- b. Hastaneye gidişinin asıl nedeni olan gereksinimlerinin karşılanması ile ilgili yararlar (hastalığın tedavisi, ağrının dindirilmesi, doğumun gerçekleştirilmesi vb.)
- c. Güvenlik, sosyal ve psikolojik gereksinimlerinin doyurulmasından sağladığı yararlar (hastane personelinin tutum ve davranışlarının, hastaya güven duygusu vermesi ve hastayı rahatlatması vb.)
- d. Hastanenin fiziksel imkânları ile etkileşiminden sağladığı yararlar, (odalarda kullanılan eşyaların konforu, bekleme odalarının rahatlığı, kullanılan tıbbi araçlar vb.)

olarak belirlenebilir.

Bu örnekte görüldüğü gibi, hizmet müşteriye sağlanan yararların bütünüdür. Hizmet paketini oluşturan her bir öge, müşterinin belli bir ihtiyacını karşılamaktadır. Birinin eksik olması durumunda, müşteri hizmetin bütününden hoşnutsuz kalabilecektir.

#### **1.1.4. Hizmet Sektörünün Ekonomideki Rolü**

Çok çeşitli alanlarda faaliyet gösteren hizmet sektörü ekonomide gelişmişlik ölçütü olarak çok önemli bir role sahiptir. Örneğin Dünya Bankasının 132 ülke arasında yaptığı refah sıralamasında, refah düzeyleri ve hizmet sektörünün ağırlığı arasında bir ilişki göze çarpmaktadır. 1980'lerden sonra önemi hayli vurgulanan hizmet sektörü endüstrileşmiş batı ülkelerinde toplam işgücünün %55 ile %75 arasında bir işgücünü istihdam etmektedir. Ülkemizde de 1992 yılı verilerine göre hizmet sektörünün ekonomideki ağırlığı %55'tir (Sevimli, 2006: 9–10).

Sanayi toplumlarında mamul üretimi ekonominin can damarı, üretim mallarına sahip olmak ise zenginliğin göstergesiyken, sanayi-ötesi toplumlara geçiş sürecinde, hizmet sektörü daha hızlı bir şekilde gelişmekte ve böylece bilginin ve boş zamanların değerlendirilmesi ile eğlence alanlarına yönelik yeni hizmetler, en önemli ekonomik sektörler haline gelmektedir. Multimedya teknolojilerinden, finans sektörüne, manyetik teyplerden turizm alanına kadar hizmetler sektöründeki gelişmeler, dünya ekonomisinin can damarlarını oluşturmaktadır. Sanayi-ötesi ekonomilerde, sanayi toplumlarındaki fiziki mal üretiminin yerini alan bu yeni sektörler, dünya ekonomisinin, küresel değişim sürecinde “elde tutulmaz ekonomileri” olarak tanımlanmakta ve yeni kârlı sektörler olarak büyük bir gelişme potansiyeli taşımaktadırlar. Hizmet sektörlerinde “bilgi teknolojisiyle adeta bir devrim yaşanmakta, özellikle haberleşme alanında yoğun ölçüde bilgisayarların kullanılması, iletişim maliyetlerini hızla düşürmekte ve birçok hizmetin ticari bir karakter kazanmasına neden olmaktadır. Günümüzde söz konusu yeni sektörleri kapsayacak şekilde hizmet üretiminin dünya ölçeğinde mal üretiminin yaklaşık yedi katına çıkmış olması da, bu tespiti açıkça ortaya koymaktadır (Kurtulmuş, 1996; 21).

Bilgi ve kültür düzeyi yükselen toplumlar, bilgi teknolojisi devrimiyle hizmet sektörüne daha bağımlı hale gelirken, hizmet sektörüne duyulan ihtiyaç her gün daha da artmaktadır. Amerikan iş piyasasındaki gelişmeler, geleceğe ilişkin ciddi ipuçları vermekte ve iş piyasası önemli değişimlere sahne olmaktadır. Özellikle 20. yüzyılın son çeyreğinden itibaren Amerikan ekonomisindeki temel değişim, üretimden hizmet ekonomisine doğru yaşanmaktadır. Bu değişim dalgası önemli sonuçlar doğurmaktadır. 100 yıl önce işçilerin %80’i tarım ve üretim sektöründe çalışırken, bu oran günümüzde %20’lere düşmüştür (<http://www.aktifgelisim.com/makale/21.-yuzyilda-hizmetler-sektorunun-onlenemez-yukselisi.html> (Erişim) 10 Ağustos 2008).

Hizmet sektöründe meydana gelen gelişme, beraberinde yeni hizmet alanlarını da oluşturmaktadır. Ağırlıklı olarak sosyal kaynaklı gelişmelerin, yeni birtakım hizmetlere ihtiyacı gündeme getirdiği ortaya çıkmaktadır. İlaveten, teknolojik gelişmeler ve bunlara bağlı olarak meydana gelen değişimler de yeni hizmetlerin oluşmasına imkân sağlamaktadır. Ayrıca, devletin ekonomiden çekilmesine yönelik talepler ve bunun etkisiyle “sosyal devlet” anlayışına uygun bir dönüşümün yaşanması da bu süreçte büyük bir önem taşımaktadır. Bu kapsamda, ülke vatandaşları için daha yüksek bir hayat standardının sağlanmasına yönelik çalışmalar, mevcut hizmetlerin kalitesinin artırılmasını gerektirmekte ve bu da beraberinde yeni birtakım hizmet alanlarının oluşmasını sağlamaktadır.

Hizmet sektörü, ekonomide önemli bir rol üstlenmektedir. Yapılan bazı çalışmalar, hizmetlerin tarım ve sanayi arasında kilit noktada bulunduğu dikkat çekmektedir. Ayrıca kimi çalışmalar da hizmet sektörünün bir ekonomideki diğer sektörler ve tüketiciler arasında bir nevi aracılık rolü üstlendiğini ortaya koymaktadır. Bu açıyla bakılması hâlinde, sektörün ekonomideki yeri ve dolayısıyla büyümeye olan katkısı daha iyi anlaşılabilir (http://www.akademiktisat.net/calisma/hizmet/ticaret\_hizmetler\_tr.htm (Erişim) 15 Ağustos 2008).

Türkiye’de de imalat sanayi ile hizmet sektörü karşılaştırıldığında; 2005 yılında imalat sanayinin GSYİH içindeki payı %20,8’ken, hizmet sektörünün payı % 64,4’tür. 2013 yılında hizmet sektörünün GSYİH içindeki payının %65’e çıkması hedeflenmektedir. İstihdamın sektörlere göre dağılımı incelendiğinde ise; tarımın oranı 2000 yılında %36,0 iken 2005 yılında %29,5’e düşmüş; sanayinin oranı 2000 yılında 17,7 iken, 2005 yılında %19,4’e yükselmiş; hizmet sektörünün oranı ise %46,3’ten %51,1’e yükselmiştir (DPT Dokuzuncu Kalkınma Planı, s.45,46,63).

## 1.2. SAĞLIK HİZMETLERİ

### 1.2.1. Sağlık Hizmetleri Tanımı

05.01.1961 tarih ve 224 sayılı “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun” sağlık hizmetlerini, “insan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörlerin tesirinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedeni ve ruhi melekeleri azalmış olanların işe alıştırılması için yapılan tıbbi faaliyetler” olarak tanımlamıştır.

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ise sağlık hizmetlerini; “belirli sağlık kuruluşlarında değişik tip sağlık personelinin yararlanılarak toplumun gereksinim ve isteklerine göre değişen amaçları gerçekleştirmek ve böylece kişilerin ve toplumun sağlık bakımını her türlü koruyucu ve tedavi edici etkinliklerle sağlamak üzere ülke çapında örgütlenmiş, kalıcı bir sistemdir”, şeklinde tanımlamaktadır (Akar ve Özalp, 1997: 190).

Sağlık hizmetleri, hastalıkların teşhis, tedavi ve rehabilitasyonu yanında hastalıkların önlenmesi, toplum ve bireyin sağlık düzeyinin geliştirilmesi ile ilgili faaliyetler bütünü olarak ifade edilmektedir. (Kavuncubaşı, 2000: 34).

İnsan yaşamının sürdürülmesi, yaşam kalitesinin yükseltilmesi ve korunmasında önemli bir yeri olan sağlık hizmetlerinin düzeyi, ülkelerin gelişmişlik düzeyinin güçlü bir göstergesi olarak kabul edilmektedir. Sağlık hizmetleri, sunumu, finansmanı, tedarik süreçleri ve paydaşları ile ayrı ayrı analiz edilmesi gereken çok boyutlu ve kapsamlı hizmetlerdendir (Asunakutlu, 2005: 3).

Sağlık hizmetlerinden insanlar çok sayıda fayda elde ederler. Bu faydaları genel olarak iki başlık altında incelemek mümkündür (Alpugan, 1984: 142–146):

- a. Sağlık hizmetlerinden elde edilen ekonomik yararlar: Sağlık hizmetleri sonucu bireyin üretici gücünün korunması ya da artırılması, ileride ortaya çıkacak bir hastalık sonucu katlanılacak masrafların şimdiden bu hizmetler vasıtasıyla önlenmesi gibi etkiler sağlık hizmetlerinin ekonomik yararlarıdır.
- b. Sağlık hizmetlerinden elde edilen ekonomik olmayan yararlar: Bireyin bir kısım şüphe, acı ve ızdıraplarından sağlık hizmeti vasıtasıyla kurtulması, bu hizmetlerin ekonomik olmayan yararlarıdır. Sağlık hizmetleri ile sağlanacak yararların artırılması için bu hizmetlerin kaliteli olması önem arz eder.

### 1.2.2. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

Sağlık sektörünün işleyişinde normal piyasalardan oldukça farklı bir şekilde kendine has kurallarının etkili olduğu görülmektedir. Sağlık hizmetleri pazar açısından değerlendirildiğinde hizmetlerin özellikleri aşağıdaki başlıklarda incelenebilir (Ak ve Sevin, 2000: 28–32):

#### a. Sağlık Hizmetinin Arz ve Talebi Arasında Eşitsizlik Vardır

- **Sağlık piyasalarında tüketiciler satın alacakları mal ve hizmetlerin miktar ve kalitesini tayin edemezler.** Genelde sağlık hizmeti sunan kuruluşlar tekel mahiyeti arz etmektedirler. Arz yönünden, sağlık piyasasına girebilmek için bazı kısıtlamalar vardır. Belli şekil şartlarını yerine getirmek ve kamu otoritelerinin izin ve denetimlerine uymak zorunludur. Arz yönünden piyasanın söz konusu bu monopolistik niteliğine karşılık talep açısından büyük bir dağınıklık ve bundan dolayı bir güçsüzlük söz konusudur. Tüketiciler talebin oluşmasında

sağlık kuruluşlarının etkisi altındadır ve genellikle ihtiyaçlarını kendi şartlarına en uygun kuruluşlarından sağlarlar.

- **Sağlık hizmetleri, diğer piyasalardaki mal ve hizmetlerin aksine standart değildir.** Aynı konuda verilen sağlık hizmeti insani yönü başta olmak üzere doktorun, sağlık kurumlarının, teşhis ve tedavide kullanılan teknolojinin kalitesi ve niteliği gibi çeşitli faktörlerin etkisi ile oldukça önemli farklılıklar gösterebilir.
- **Tüketiciler çoğunlukla satın aldıkları hizmetin teknik özelliklerini bilemezler.** Bireyler çoğunlukla piyasada hangi kuruluşlar tarafından ne tür ve kalitede hizmet verildiğini araştırma bilgi ve imkânlarına sahip değildir. Uygulanacak teşhis ve tedavi yöntemlerinin belirlenmesi, gerektiğinde hastanın izni alınmak sureti ile doktorun bilgi ve deneyimine bağlıdır. Dolayısıyla tüketiciler açısından şeffaf bir sağlık piyasasının varlığından söz edilemez.

#### **b. Sağlık Hizmetinin Arz Miktarı Sınırlıdır ve Sağlık Hizmetini Arz Edenler Kendi Aralarında Monopoller Oluşturabilirler**

Sağlık piyasalarında mevcut sağlık kuruluşlarının veya hekimlerinin sayıca azlığı nedeniyle ortaya çıkan doğal monopol etkisine ilaveten, sağlık hizmeti arz eden kurum ve fertlerin kendi aralarında oluşturabilecekleri muhtemel bir dayanışmanın da mevcut monopol etkisini artırıcı bir özelliği vardır. Ayrıca tabipler odası ve benzeri mesleki dayanışma kurumları hemen hemen her ülkede doktorların hem mesleki prestijlerini korumaya hem de fiyatlar genel seviyesini oluşturmaya yardımcı olmaktadır.

### c. Sağlık Hizmetlerinin Talebi Belirsizdir

- **Sağlık hizmetlerinin tüketimi tesadüfidir.** Sağlık piyasasını diğer piyasadan ayıran en önemli özelliklerden biri, piyasada talebi ortaya çıkaran hastalık durumunun önceden bilinmemesidir. Diğer bir ifadeyle hastalık önceden kestirilmesi mümkün olmayan risktir. Hastalığın türü ve niteliği, ne zaman hangi şartlarda ve nerede ortaya çıkacağı, nasıl seyredeceği önceden bilinemez.
- **Hastalık riskine bağlı olarak tüketicinin yapacağı masraflar belirsizdir.** Tedavinin türü, başvurulacak hekim ve sağlık kurumu, kullanılacak ilaçlar gibi tedavi sürecine ilişkin sağlık hizmetleri arzında çeşitlilik ve farklılık söz konusudur.
- **Tüketicinin pazarlık yapma şansı yoktur.** Sağlık hizmetlerinin boyutu ve kapsamı hekim tarafından belirlenir. Sağlık hizmeti tüketicisi, içinde bulunduğu ekonomik şartları yani alım gücünü hesaba katarak doktorun tavsiye ettiği tedavi şekli veya süresi konusunda pazarlık etme şansına sahip değildir.

### d. Alıcılar Piyasa Hakkında Tam Bilgiye Sahip Değildir

- **Bireyler hizmetin niteliği hakkında bilgi sahibi değildirler**

Tam rekabet modelinde fertler ya piyasa hakkında tam bilgi sahibidirler, ya da bu bilgiye kolaylıkla ve çok düşük maliyetlerle ulaşabilmeleri mümkündür. Ancak sağlık hizmetleri söz konusu olduğunda durum oldukça farklıdır.

Bireyler, piyasada var olan farklı kalite ve türde sağlık hizmetlerinden hangisine ihtiyacı olduğunu belirleyemez.

Bireyler hangi sağlık kurumuna veya hekime başvuracağını,

hastanede yatmalarının gerekli olup olmadığını, hangi tedavi türünün ne kadar süre ile uygulanacağını, teşhis ve tedavide hangi teknolojiden yararlanılacağı gibi hastalıklarla ilgili konularda genellikle bilgi sahibi değildir.

Buna karşılık, piyasada hizmet sunan sağlık kuruluşları ve hekimler piyasa hakkında tam bilgi sahibidirler. Bu da iktisat teorisinde piyasadaki alıcı ve satıcıların piyasa hakkında bilgi bakımından eşit olmadıklarını ifade eden eksik rekabet özelliğini ortaya koymaktadır.

- **Bireyler hizmetin niceliği hakkında bilgi sahibi değildirler**

Bireyler hastalıkları süresince kendilerine uygulanan tedavinin gerçek maliyetini hesaplayamaz. Sağlık piyasasında sağlık hizmetlerinden yararlanacak bireylerin piyasa hakkında tam bilgi sahibi olmamalarının bir başka sonucu tıbbi etik bakımından hizmetlerin fiyatı ve kalitesine ilişkin reklâm yapılmamasıdır.

#### **e. Sağlık Hizmetlerinde Homojenlik Sağlanamaz**

Sağlık piyasasının tipik bir piyasa olmasının nedeni esas itibarıyla sağlık hizmetlerinin niteliğinden kaynaklanmaktadır. Sağlık hizmetlerinde talebi ortaya çıkaran “ihtiyaç” faktörü olduğu için, talep düzensiz ve seyrek bir şekilde seyretmektedir. Sağlık hizmetleri ihtiyacı çok çeşitli nedenlerle ve farklı şekillerde ortaya çıkabilmektedir.

Dolayısıyla, piyasada herhangi bir ürün gibi standart hale getirilmiş sağlık hizmetinden bahsetmek mümkün değildir.

Aynı hastalığın farklı bünyelerde farklı şekilde seyretilmesi, doğal olarak hastalığın şartlarının da standardize edilememesi sonucunu vermektedir.

Aynı zamanda sağlık hizmetini arz eden hekimlerin bilgi, beceri, tecrübe ve uygulama farklılıkları da söz konusudur.

#### **f. Sağlık Hizmetleri Pazarında Dışsal Faktörler Mevcuttur**

Bir kısım sağlık hizmeti kamu malı niteliği taşıdığı için faydanın ve maliyetin bölünmezliği ilkesinden hareketle sağlık hizmetleri piyasasının kendi tabii işleyişinden kaynaklanmayan bazı dışsal faktörlerin de etkisi altında olduğu görülmektedir. Dışsal bir faktör ferdin ya da diğerleri üzerinde ilave maliyetler getirici ya da mevcut faydaları azaltıcı faaliyetlerde bulunduğu ve bu ilave maliyetleri veya faydanın azalmasını direkt olarak telafi edecek uygun bir yöntemin bulunmaması halinde ortaya çıkmaktadır. Sağlık hizmetlerini etkileyen dışsal faktörlerin varlığı kendi fayda ve kârını maksimize etme çabası içinde olan bireylerin ve firmaların sosyal optimumu sağlayacak karar verememesine neden olmaktadır. Örneğin, bulaşıcı bir hastalığa karşı aşı veya tedavi olmaya karar veren bir ferdin topluma sağladığı fayda sağlık piyasası ile ilgili bir dışsal faktördür.

Tıbbi araştırmalar diğer dışsal faktör olarak da belirtilebilir. Tıbbi araştırmalar bizatihi kendileri değil ortaya koydukları sonuçlar ile sağlık piyasalarında dışsal fayda sağlarlar. Bu konuda kamu politikalarının yeterli olmaması sağlık hizmetlerinin yeterince gelişmemesine neden olabilir.

En önemli tartışma alanlarından biri de, dışsal faktörlerin sağlık hizmetlerinden yararlanmada mevcut eşitsizliklere nasıl etki ettiğiidir. Sağlık piyasasında rekabet şartlarının hâkim olması fikrine yönelik en önemli eleştirilerden biri, eşit ve adil olmayan gelir dağılımının fertler açısından sağlık hizmetlerine erişiminde büyük adaletsizlikler meydana getireceğidir. Bu yüzden geliri belirli bir seviyenin altında olanların tedavilerinin bir insanlık hakkı ve devlet görevi olarak kamu tarafından sağlanması yoluyla, toplumun diğer fertlerinin de hastalık riski azaltılmış olur.

#### g. Sağlık Hizmetleri İkame Edilemez ve Ertelenemez

- **Sağlık hizmeti ikame edilemez.** Diğer piyasalarda geçerli olan ikame mallar sağlık piyasalarında, sunulan mal ve hizmetlerin gereği yer almamaktadır. Herhangi bir sağlık hizmetinin, başka bir tür sağlık hizmeti ile ikamesi mümkün değildir.
- **Sağlık hizmeti ertelenemez.** Benzer şekilde, diğer birçok mal ve hizmet için bireylerin ekonomik sebepler başta olmak üzere çeşitli nedenlerle söz konusu mal ve hizmete olan taleplerini bir müddet için ertelemeleri mümkünken, sağlık hizmetleri nitelikleri gereği çoğu durumda ertelenemez. Rutin check-up hizmetleri dışında çoğu sağlık hizmeti erken teşhis ve tedavinin önemi gereği ihtiyaç ortaya çıkar çıkmaz karşılanmak zorundadır.

#### h. Sağlık Hizmetlerinin Fiyatı ile Gerçek Maliyetleri Arasında Korelasyon Zayıftır

Sağlık, fiyatı biçilemeyen, dolayısıyla iktisadi ölçülerin dışında tutulması gereken bir hizmettir. Ekonomik olarak kabul edilen yaygın bir yaklaşıma göre, ideal bir rekabet piyasasında fiyatlar üretimin marjinal sosyal maliyetlerini yansıtmaktadır. Diğer bir ifadeyle tüketiciler marjinal değer marjinal üretim maliyetini aşması halinde söz konusu ürünü satın alırlar. Ancak sağlık piyasasında fiyatların oluşması ile marjinal sosyal maliyetler arasında çoğu zaman herhangi bir korelasyon söz konusu değildir. Bunun iki temel nedeni vardır:

- Sağlık hizmeti talebinin rastlantı sonucu değil ihtiyaca bağlı olarak ortaya çıkması, hizmetin ikame edilememesi, çoğu zaman ertelenememesi, tüketicinin hizmetin fiyatı konusunda şansının bulunmamasıdır.
- Sağlık hizmetlerinin karşılığının münferit her hizmet ortaya çıktığında

değil de genel olarak bir sistem çerçevesinde ödenmesidir. Özel sağlık sigortasının kapsamında olmak, maaşından kesilen primlerle sosyal sigortalardan yararlanmak ya da işveren tarafından ödenen primlerle kamu sağlık sigortalarından istifade etmek bu konuda tipik uygulamalardır.

#### **i. Sağlık Hizmeti Kâr Amacı Güden ve Gütmeyen Kurumlar Tarafından Üretilir**

Sağlık hizmetlerinin tamamen devlet tarafından karşılandığı ülkeler dışında kalan hemen hemen her ülkede ağırlıkları ve etkileri farklı olmakla birlikte özel teşebbüsün yanı sıra, kamu kuruluşlarının ve çeşitli vakıflar, dini gruplar, sivil toplum örgütleri, hayır kurumları gibi kâr amacı gütmeyen kuruluşların sağlık piyasasına girdiği ve faaliyet gösterdiği bilinmektedir.

### **1.3. HASTANE İŞLETMELERİ**

#### **1.3.1. Sağlık İşletmelerinin Sınıflandırılması**

Sağlık kuruluşları çok çeşitli hizmetler veren işletmelerdir. Sağlık hizmetleri amaçlarına, sağlık sorunlarına, sağlık hizmeti arz eden servislere göre değişik kriterlere bağlı olarak sınıflandırılmaktadır. Ancak en yalın ve en kabul görmüş sınıflandırma amaçlara göre sınıflandırmadır. Bu bağlamda sağlık hizmeti koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmeti, teşhis, tedavi, rehabilitasyon hizmetlerinden oluşmaktadır. Sağlık kuruluşları teşhis ve tedavinin birbirini tamamladığı çok sayıda hizmetin birlikte sunumunu gerçekleştirir (Ak ve Sevin, 2000: 28).

Sağlık işletmelerini verdikleri sağlık hizmetlerinin türlerine göre yataksız ve yataklı sağlık işletmeleri biçiminde iki gruba ayırarak inceleyebiliriz (Akar ve Özalp, 1997: 43-57):

#### **a. Yataksız Sağlık İşletmeleri**

Yataksız sağlık kuruluşları, kamu sağlığı merkezleri hariç olmak üzere, 224 sayılı yasaya göre çıkarılan 144 sayılı “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirildiği Bölgelerde Hizmetin Yürütülmesi Hakkında Yönetmelik” hükümlerine göre kurulan, kadrolaştırılan, görev ve çalışma usulleri, personelin yetki ve sorumlulukları saptanan kuruluşlardır.

- Sağlık Evleri
- Sağlık Ocakları
- Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezleri
- Dispanserler
- Hıfzısıhha Enstitüleri
- Bölge Laboratuvarları
- Enterobakteri Laboratuvarları
- Özel Muayenehane ve Laboratuvarlar

#### **b. Yataklı Sağlık İşletmeleri**

- Sağlık Merkezleri
- Hastaneler
- Rehabilitasyon Merkezleri

Sağlık işletmelerini hukuksal yapılarına göre ise iki grupta inceleyebiliriz (Akar ve Özalp, 1997: 57-58):

#### **a. Özel Sağlık İşletmeleri**

Özel sağlık işletmeleri Türk Ticaret kanunu hükümlerine göre, yasadaki işletme tiplerinin birisine sahip olarak kurulan sağlık işletmeleridir. Temel olarak sunduğu sağlık hizmetinden kâr elde etmeyi amaçlayan kuruluşlardır. Tek kişi işletmesi olarak kurulabilecekleri gibi yaygın olarak ticaret ortaklığı biçiminde kurulmaktadır.

#### **b. Kamu Sağlık İşletmeleri**

Genel, katma veya özel bütçeli daireler olarak kurulup kâr amacı yerine sosyal sorumluluk amacı öne çıkarılarak çalıştırılan veya mahalli idarelere bağlı olarak yine kâr amacı gütmeksizin çalıştırılan yataklı veya yataksız her türlü sağlık işletmesi kamu sağlık işletmeleri arasında yer alır.

### **1.3.2. Hastanelerin Tanımı**

Binlerce yıl önce basit tedavi yöntemleriyle başlayan tıp tarihinin önemli bir aşaması da hastanelerin kurulmasıdır. Başlangıçta dini kurumlar olan ve kâr amacı gütmeyen hastaneler, İngiltere ve Fransa gibi ülkelerde olduğu gibi devletin yönetimine geçmiş ve bir kamu kuruluşu hüviyetine bürünmüştür (Dalbay ve Biçer, 2002: 11).

Dünya Sağlık Örgütü hastaneleri; müşahede, teşhis, tedavi ve rehabilitasyon olmak üzere gruplandırabilecek sağlık hizmeti veren, hastaların uzun veya kısa süreli tedavi gördükleri yataklı kuruluşlar olarak tanımlamaktadır (Seçim; Hastanelerin Tanımı, Sınıflandırılması ve İşlevleri, [www.sabem.saglik.gov.tr](http://www.sabem.saglik.gov.tr), erişim 25 Kasım 2007).

TC Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'nde ise hastaneler; “Hasta ve yaralıların, hastalıktan şüphe edenlerin ve sağlık durumlarını kontrol ettirmek isteyenlerin, ayaktan veya yatarak müşahede, muayene, teşhis, tedavi ve rehabilite edildikleri, aynı zamanda doğum yapılan kurumlar” olarak tanımlanmıştır (TC Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği).

Hastaneler, tedavi ve tıbbi bakım fonksiyonlarının yanı sıra doktorların ve yardımcı sağlık personelinin eğitimi, tıbbi araştırma ve toplum sağlığı gibi hizmetleri de yerine getirmektedirler. Bu nedenle hastaneleri tıbbi bir kuruluş, ekonomik bir işletme, doktor ve diğer personeline eğitim veren bir eğitim kurumu, bir araştırma ünitesi, birçok meslek gruplarından kişilerin çalıştığı sosyal bir örgüt olarak tanımlamak mümkündür (Özcan, 1997: 10).

Hastaneler, hasta ve yaralıların tedavisi dışında kalan hizmetler de sunarak bireylerin ve toplumun sağlığı üzerine büyük etkiye bulunmaktadırlar. Hastaneler, dinamik değişken bir çevre içinde, aldıkları girdileri dönüştürme sürecinden geçirerek, çıktılarının önemli bir kısmını yine aynı çevreye veren, geribildirim mekanizmasına sahip sistemlerdir (Asunakutlu, 2005: 7).

Hastaneler toplumdaki karmaşık ve dinamik kurumlar arasında yer alırlar. Hastane, sağlık ve bakım sisteminin merkezi olarak düşünülür. Hastaneler, hasta ve yaralıların tedavi edildikleri merkezler olmaları yanında, toplum sağlığının yükseltilmesinde de önemli rol oynarlar. Hasta ve yaralıların tedavisi dışında kalan hizmetler de önemlidir ve ayrıca bireylerin ve toplumun sağlığı üzerinde büyük etkiye bulunmaktadırlar. Hastaneler, dinamik değişken bir çevre içinde, aldıkları girdileri dönüştürme sürecinden geçirerek, çıktılarının önemli bir kısmını yine aynı çevreye veren, geribildirim mekanizmasına sahip sistemlerdir. Hastanenin girdileri, maddi, mali ve beşeri kaynaklardan oluşmaktadır (Özgülbaş, 1995: 21).

Hastanelerin amacı, belli düzeydeki sağlık hizmetlerini en düşük maliyette ve en yüksek kalitede sunmak olmalıdır. Hastane yöneticisi, bu amacı gerçekleştirmek için hastane kaynaklarını optimum düzeyde planlayan ve kullanan kimse olarak tanımlanabilir. Hastane yönetimi; hastane amacına yönelik olarak hizmet unsurlarını verimli, ekonomik ve uyumlu bir biçimde harekete geçiren, bu iş yapılırken bilimsel yönetim tekniklerini kullanan, yeni bilgi ve beceriler gerektiren, işin yapılmasına yönelik olarak çeşitli fonksiyonları kapsayan bir bilim, sanat ve özelleşmiş bir yönetim alanıdır. Hastanelerin kâr amacı gütmeyen kuruluşlar olmalarına karşılık, bunların yönetimlerini işletmecilik biliminden ayrı tutmak mümkün değildir. Hastaneler, hizmetlerini eksiksiz yerine getirebilmek için etkili bir yönetime sahip olmak zorundadırlar. Hastane yönetimi, genel yönetimin bir çeşididir ve planlama, programlama, bütçeleme, kadrolama, yürütme, kontrol gibi fonksiyonları kapsar (Özgülbaş, 1995: 21).

### **1.3.3. Hastane İşletmelerinin Fonksiyonları**

Sağlık işletmelerinin belirgin üç temel fonksiyonu bulunmaktadır:

#### **a. Sağlık Hizmetleri Üretimi**

Hastanelerin ana fonksiyonu hastalara, yaralıları, sağlık durumunu kontrol ettirmek isteyenlere ayaktan veya yatarak gözlem, muayene, tetkik, teşhis, dahili ve cerrahi tedavi, bakım ve rehabilitasyon hizmeti üretmektir. Bu hizmetlerin yanında toplum sağlığı ile ilgili bağışıklama, tarama vb. sağlık hizmetleri üretimi ile de uğraştıkları görülmektedir.

#### **b. Eğitim**

Hastanelerde hastane personeline, hastalara ve hasta yakınlarına yönelik

eğitim faaliyetleri yürütülür. Özellikle tıp personelinin eğitimi hastanelerin eğitim hastaneleri olarak branşlaşmasına neden olacak derecede önem arz eder. Hekimlerin uzmanlık eğitimi, hizmet içi eğitimleri, diğer sağlık ve yardımcı sağlık personelinin iş başında eğitimleri, idari personelin eğitimi hastanelerin temel fonksiyonları arasında yer alır. Ayrıca hasta ve yakınlarına yönelik sunulan bireysel sağlık, çevre sağlığı, toplum sağlığı gibi eğitimler de hastanelerin vazgeçilmez fonksiyonları arasında yer alır.

### c. Araştırma

Sağlık hizmetleri ile ilgili olarak klinik içinde ve dışında gerçekleştirilen her türlü araştırma faaliyetlerini kapsar. Hastanelerde laboratuvar ve ameliyathaneler tıp araştırmalarının en yaygın olarak yer aldığı ünitelerdir. Bazı hastanelerde yeni hizmet tasarımları veya teknoloji takibi ile ilgili özgün araştırma ve geliştirme üniteleri de kurulmaktadır.

### d. Diğer Fonksiyonlar

Temel fonksiyonlar olarak adlandırılan yukarıdaki üç fonksiyonun dışında hastanelere ait olarak şu fonksiyonların da varlığının bilinmesi gerekir:

- **Yönetim Fonksiyonu:** Tüm hastane hizmetleri ile ilgili planlama, örgütleme, yürütme ve denetim faaliyetlerini kapsar.
- **İdari, Mali ve Teknik Fonksiyonlar:** İdari, mali ve teknik açıdan hastanelere özgü olarak yürütülen pek çok faaliyeti içerir.
- **Sosyal Fonksiyonlar:** Hastanenin sosyal sorumluluk amacından hareket ederek yürüttüğü faaliyetleri içeren bir fonksiyondur. Genellikle sosyal hizmet ve gönüllü faaliyetleri ile ifade edilir (Akar ve Özalp, 1997: 58, 59).

#### 1.3.4. Hastane İşletmelerinin Amaçları

Sağlık işletmelerinin amaçlarını da diğer işletmelerde olduğu gibi genel ve özel amaçlar olarak iki gruba ayırarak tanımlayabiliriz (Akar ve Özalp, 1997: 42-43).

**a. Genel Amaçlar:** Genel amaçlar sağlık işletmeleri de dahil tüm işletmeler için geçerlilik arz eden amaçlardır.

- Kârlılık
- Sosyal Sorumluluk
- Süreklilik

**b. Özel Amaçlar:** Özel amaçlar sağlık işletmelerinin faaliyet sahaları itibariyle yürütmekte oldukları hizmetlere göre çeşitli biçimlerde tanımlanabilir. Bu amaçlar aşağıda detaylı olarak belirtilmiştir:

- Tıbbi gözlem, tetkik, teşhis, dahili ve cerrahi tedavi, rehabilitasyon ve doğum hizmetleri gibi tedavi hizmetlerini üretmek ve ihtiyaç sahiplerine pazarlamak
- Koruyucu sağlık hizmetlerine ilişkin araştırma, tarama ve bağışıklama gibi sağlık hizmetlerini üretmek ve ihtiyaç sahiplerine ulaştırmak
- Çevre sağlığı ile ilgili araştırma ve çevre sağlığı koşullarının iyileştirilmesi için hizmet üretimi faaliyetlerini yerine getirmek
- Ürettiği tüm sağlık hizmetlerini, tüketicilerine kaliteli ve düşük maliyetli bir biçimde sunmak
- Hizmetlerinde verimlilik ve etkililik ilkelerine göre hareket etmek
- Sağlık hizmetleri ile ilgili araştırma ve geliştirme çalışmaları yapmak
- Sağlık hizmetleri üretimi ve sunumu ile ilgili eğitim faaliyetleri yapmak
- Sağlık sektöründe yeni iş ve istihdam alanları yaratmak

### 1.3.5. Hastane İşletmelerinin Türleri

Hastane işletmeleri değişik bakış açıları ile çeşitli sınıflandırmalara tabi tutulmaktadır. Bu sınıflamalardan yaygın olarak kullanılanlar aşağıda belirtilmiştir (Akar ve Özalp, 1997: 59, 60):

#### a. Yaptıkları Hizmetlere Göre Sınıflama

- **Genel Hastaneler:** Her türlü acil vaka ile yaş ve cins farkı gözetmeksizin, bünyesinde mevcut uzmanlık dalları ile ilgili hastaların kabul edildiği ve ayaktan veya yatarak hasta muayene ve tedavilerinin yapıldığı yataklı kurumlardır.
- **Özel Dal Hastaneleri:** Belirli bir yaş ve cins grubu hastalar ile belirli bir hastalığa tutulanların yahut bir organ veya organ grubu hastalarının müşahede, muayene, teşhis ve tedavi edildikleri yataklı kurumlardır.
- **Eğitim Hastaneleri:** Öğretim, eğitim ve araştırma yapılan, uzman ve ileri dal uzmanları yetiştirilen genel ve özel dal yataklı tedavi kurumları ile rehabilitasyon merkezleridir.
- **Rehabilitasyon Merkezleri:** Organ, sinir, adale ve kemik sistemi hastalıkları ile kaza ve yaralanmalar veya cerrahi tedaviler sonucu meydana gelen arıza ve sakatlıkların tıbbi rehabilitasyonunu uygulayan yataklı kurumlar veya servislerdir.

#### b. Finansal Kaynakların Türüne (Ait Oldukları Kurumlara) Göre Sınıflama

- **Devlete Direkt Olarak Bağlı Olan Hastaneler:** Sağlık Bakanlığı, Milli Savunma Bakanlığı vb. bakanlık hastaneleri
- **Devlete Dolaylı Olarak Bağlı Olan Hastaneler:** Belediyeler,

Tıp Fakülteleri gibi bir genel müdürlük veya devlet teşkilatı ile devlete bağlanan hastanelerdir.

- **Özel Hastaneler:** Hususi Hastaneler Kanununa göre kurulan ve yönetsel açıdan devlete ait bir bağı bulunmayan hastanelerdir. Azınlıklara, yabancılara, özel veya tüzel kişilere bağlı olarak kurulabilmektedirler.

### c. Yatak Adetlerine Göre Sınıflama

Organizasyon açısından diğer bir önemli sınıflandırma da; hastanelerin büyüklüklerine (yatak kapasitelerine) göre sınıflandırılmasıdır. Çünkü hastane büyüdükçe bazı yeni hizmet birimlerine ihtiyaç duyulacağı gibi diğer bazı birimler de yeterli büyüklüğe ulaşacaklarından organizasyonlarında değişiklikler olacak; böylece hastane içindeki idari kademelerin ve pozisyonların sayısında artışlar olabilecektir.

- 50 Yataklı Hastaneler
- 100 Yataklı Hastaneler
- 200 Yataklı Hastaneler
- 400 Yataklı Hastaneler
- 400 + Yataklı Hastaneler

(Akar ve Özalp, 1997: 59, 60, Seçim, [www.merih.net](http://www.merih.net))

### 1.3.5. Hastane İşletmelerinin Özellikleri

Hastane işletmelerinin kendine has özellikleri aşağıda açıklanmıştır (Seçim, <http://www.merih.net/m1/hastmod1.htm>):

### a. Hastaneler Birer Hizmet Organizasyonlarıdır

Organizasyonları farklı kıstaslara göre sınıflandırarak yönetimlerini ve yapısal özelliklerini inceleyen bazı çalışmalar yapılmıştır: Bunlardan biri de Blau ve Scott'un yaptıkları sınıflandırmadır. Blau ve Scott organizasyonları, "organizasyonun varoluşundan öncelikle kimin yararlandığı" kıstasına göre sınıflandırmışlardır. Bu kıstasa göre organizasyonları,

- Yalnızca üyelerinin çıkarlarını koruyan, üyeleri için faaliyette bulunan ortak yarar sağlayan kuruluşlar (sendikalar, kulüpler, siyasi partiler, dini kuruluşlar gibi).
- Öncelikle mal sahiplerine yarar sağlayan kuruluşlar, işletmeler (sanayi işletmeleri, mağazalar, bankalar, sigorta şirketleri gibi);
- Öncelikle müşterilerine yarar sağlayan hizmet organizasyonları ve
- Kamu yararına faaliyet gösteren kuruluşlar (Maliye Bakanlığı, polis, itfaiye örgütleri gibi) olarak dört kategoride toplamışlardır.

Hastaneler ise öncelikle müşterilerine yarar sağlayan hizmet organizasyonları arasında sayılmıştır. Çünkü hastanelerin varoluşundan yararlananların başında hastanenin müşterileri yani hastalar gelmektedir. Diğer bir deyişle hastaneler hastaların tedavi görmeleri amacına dayalı olarak mevcudiyetlerini sürdürmektedirler. Çünkü gerek hastanelerde; gerekse diğer organizasyonlarda, organizasyonun hayatını sürdürebilmesi, birinci derecede çıkarlarına hizmet ettiği kimselere yararlı olmaya devam etmesine bağlıdır. Dolayısıyla hastalara tedavi hizmeti veremeyen bir hastanenin, üyelerinin menfaatini koruyamayan bir sendikanın, sahibine kâr sağlayamayan bir işletmenin, toplum yararına faaliyet gösteremeyen bir polis örgütünün mevcudiyetinin de anlamı olmamaktadır. Ancak toplumun sağlık seviyesinin yükseltilmesine katkıda bulunan (Koruyucu Sağlık Hekimliği) fonksiyonu düşünüldüğünde hastanelerin kamu yararına faaliyet gösteren kuruluşlar arasında yer aldığı da ileri sürülebilir. Fakat hastanelerin esas kuruluş nedeni

hastalara tedavi hizmeti vermek olduğu için, hizmet organizasyonları arasında sayılmıştır.

Hizmet kuruluşlarının, dolayısıyla hastanelerin en önemli özelliği hastalara verilen tedavi hizmetlerinin türünü niteliğini ve kalitesini belirleme ve değerleme durumunda olamamalarıdır. Bu husus, hastaneleri diğer pek çok organizasyondan ayıran önemli bir özelliktir.

Hasta kendisi için gerekli olanı bilemediği için istismara açıktır. Onun menfaatinin korunması hastanenin görevidir. Bu görevin layıkıyla yerine getirilebilmesi, hastane görevlilerinin, hastanın sağlığını ön planda tutmalarıyla mümkündür. Hastanın kendisine uygulanan tedaviyi kontrol etme olanağı olmadığından tedavi hizmetlerinin gözetimi ve denetimi, tıbbi hizmetlerin organizasyonunda önem kazanan hususlar olmaktadır.

#### **b. Hastaneler Karmaşık Yapıda, Açık-Dinamik Sistemlerdir**

Hastaneler karmaşık yapıda organizasyonlardır. Hatta benzer büyüklükteki diğer organizasyonlardan en karmaşık olanıdır. Hastanenin karmaşık yapıda olmasının çeşitli nedenleri bulunmaktadır. Bunlardan biri, hastane dışında hastaneyi etkileyen etmenlerin yani hastane çevresinin çok karmaşık oluşudur. Bu husus özellikle ABD ve Avrupa ülkelerinde geçerlidir. Çünkü bu ülkelerde mesleki örgütlerin, kamu kuruluşlarının ve sigorta şirketlerinin hastaneler üzerinde önemli etkileri bulunmaktadır. Ayrıca, yine bu ülkelerdeki hastanelerde gönüllülerin ve rahibelerin faaliyetleri önemli yer tutmaktadır.

Hastane çevresinin karmaşık oluşunun diğer bir nedeni de, çok sayıda farklı hastalıklardan şikâyetçi olan hastaların hastaneye gelişlerindeki düzensizliktir. Bu yüzden, herhangi bir an için hastaneye olan talep doğru olarak tahmin edilememektedir. Hastaneye gelen hastanın tedavi talebinin, acillik özelliği göstermesi ve reddedilemez nitelikte oluşu, gerek donanım,

gerekse personel açısından hastanenin her zaman kullanıma hazır tutulmasını gerektirmektedir. Bunun bir sonucu olarak, hastanede tam kapasite çalışmayan ve zarar eden servisler veya birimler kapatılamamaktadır. Bu ise, hastanede fazla sayıda personel istihdamına yol açmaktadır.

Hastanedeki aşırı işbölümü ve uzmanlaşma, yapısal karmaşıklığa yol açan nedenlerden bir başkasıdır. Özellikle 20. yüzyılda tıpta ve teknolojiye görülen büyük ilerlemeler yeni mesleklerin ortaya çıkmasına ve tıpta ihtisaslaşmaya yol açmıştır. Bu gelişmelerin hastaneye yansması hastanede hem personel, hem de hizmet birimleri sayısının hızla artmasına neden olmuştur. Sözgeşi ABD'de 1908'de bir hastanede bir kalp hastasının tedavisinde beş kişi görev almışken, 1938'de yine aynı hastanede bir kalp hastasının tedavisinde 32 kişi görev almıştır. Yine bu personel kendi içinde çok farklı ihtiyaçlara, değerlere, eğitime ve tutumlara sahiptir. Bu nedenle, gerek personel arasında, gerekse görevlilerle hastalar arasında sürtüşmelerin, yanlış anlamaların ve gerginliklerin ortaya çıkması kaçınılmaz olmaktadır. Ayrıca, bu kadar farklı yapıda ve özellikteki personelin faaliyetleri arasında koordinasyonun sağlanması da bir sorun olarak ortaya çıkmaktadır. Dolayısıyla; hastane organizasyonunda koordinasyon ve haberleşme araçları, organizasyonun başarısı açısından önem taşıyan unsurlar olmaktadır.

Hastane içindeki birimler arasında ve hastaneyle hastane dışındaki kurum ve kuruluşlar arasındaki ilişkilerin sürdürülmesi ve koordinasyonun sağlanması konusunun hastanelerde önem kazanması hastane içindeki gücün hekimlerden, tıp kökenli olmayan ve hastane idareciliği alanında formel eğitim görmüş idarecilere kaymasında etkili olmuştur. ABD gibi bazı ülkelerde söz konusu olan bu gelişme, hekimlerin tamamıyla güçsüzleştikleri anlamına da gelmemektedir. Pek çok yerde formel yetkileri olmasa da hekimler güçlerini muhafaza etmektedirler. Bu sebepten: hastaneler güç ve statünün aynı kişilerde toplanmadığı biricik organizasyon türü haline gelmiştir.

Hastanedeki karmaşıklığın diğer bir nedeni de, kullanılan teknolojinin karmaşık oluşudur. Tıbbi teknolojinin hızla gelişmesi sonucu, teşhis ve tedavide kullanılan cihazlar, hem sayı olarak artmış hem de yalnızca uzmanların kullanabileceği bir özellik kazanmıştır. Dolayısıyla hastanedeki aşırı uzmanlaşmanın diğer bir nedenini, bu teknolojik gelişmeler oluşturmaktadır.

Çevreye uyum gösterebilme, gerçekte tüm sosyal sistemlerin bir özelliğidir. Çünkü çevresine uyum gösteremeyen, çevresinin taleplerine ve çevresindeki değişmelere cevap veremeyen her türlü sosyal sistem giderek yok olmak durumundadır. Yok olmamak için de, sistemin çevresine açık olması gerekmektedir. Hastaneler ve benzeri tüm sosyal sistemler, girdilerini çevreden aldıkları ve çıktılarının önemli bir kısmını çevreye verdikleri için, bu açıklık kısmen zaten vardır. Buna ilaveten, çevredeki değişikliklerin izlenebilmesi ve ihraç edilen çıktılarının çevreyi tatmin edip etmediğinin kontrolü için geribildirim mekanizmasının oluşması ile organizasyonun çevresiyle ilgili diğer bağlantıları da kurulmuş olmaktadır. Böylece açık-dinamik sistem çevreden aldığı girdileri dönüştürme süreçlerinden geçirerek elde edilen çıktıları yine çevreye veren, geribildirim mekanizmasına sahip sistem olarak tanıtılmaktadır. Geribildirim mekanizması da hastaneler için oldukça önemlidir. Çünkü hastanenin etkinliğini tam olarak belirleyebilmek için bu mekanizmadan yararlanılmaktadır.

### **c. Hastaneler Matriks Yapıda Faaliyet Gösteren Organizasyonlardır**

Herhangi bir işletmenin organizasyon yapısı teşkil edilirken yapılan işlerden biri de, işletmede yürütülecek faaliyetlerin belirti esaslara göre gruplandırılmasıdır. Faaliyetler genellikle, mal ve/veya hizmete göre, bölgeye göre, müşterilere göre, sayı temeline göre, sürece göre veya işlemlere göre ve zaman esasına göre gruplandırılmaktadır. Büyüklüğüne, faaliyet konusuna, teknolojisine ve içinde bulunduğu çevrenin özelliklerine göre bu

gruplandırmalardan biri veya birkaçı birden esas alınarak organizasyona gidilmektedir. Gruplandırmada fonksiyon ve mal (hizmet) esaslı birlikte alındığında ortaya çıkan yapıya matriks yapı denmektedir.

Matriks organizasyonda iki tür yönetici bulunmaktadır: Fonksiyonel yönetici ile proje yöneticisi. Fonksiyonel yönetici, gruplandırılmış birtakım faaliyetlerin, dolayısıyla o bölümün yönetimini üstlenmiş idarecidir. Sözgelişi, herhangi bir işletmede üretim faaliyetlerinin yürütüldüğü üretim bölümünün yöneticisi bir fonksiyonel yöneticidir. Proje yöneticisi ise belirli bir malın (veya hizmetin) üretilmesiyle ilgili her türlü faaliyetin, planlanması, organizasyonu ve yürütülmesi sorumluluğunu üstlenmiş idarecidir. Proje yöneticisi ise neyin ne zaman ne neden yapılacağını belirlemektedir. Projede çalışan personel her iki yöneticiye de bağlı bulunmaktadır. Amaç, projenin sonuçlandırılması olduğundan bu personel hizmetin yürütülmesi açısından, proje yöneticisine, mesleki ve teknik konularda da fonksiyonel yöneticiye karşı sorumludur. Dolayısıyla proje yöneticisi ile fonksiyonel yönetici personeli (astları) ayrı olan idarecilerdir. Bu durum her iki yöneticinin otoritelerinin çatışması, yetki alanlarının aşılması olasılığını doğurmaktadır. Bu bakımdan, matriks organizasyonun iyi işleyebilmesi için sorumluluk ve yetki alanlarının çok net şekilde belirlenmesi, bu yapıya uygun, tutum ve davranışların geliştirilmesi gerekmektedir.

Hastaneler matriks yapıda faaliyet gösteren organizasyonlardan biridir. Hastanede faaliyetlerin tıbbi hizmetler, hemşirelik hizmetleri, seklinde gruplandırılması fonksiyonel örgütlenmeyi ifade etmektedir,

Tıbbi hizmetlerden sorumlu olan başhekim, hemşirelik hizmetlerinden sorumlu olan başhemşire birer fonksiyonel yöneticidir. Tıbbi hizmetlerin, kendi içinde dâhiliye, hariciye, göz vb. hastalıkları şeklinde gruplandırılması ise, hizmet esasına göre gruplandırmayı ifade etmekte ve proje organizasyonuna esas oluşturmaktadır. Burada, projenin konusu belirli türde hastaların tedavi edilmesidir. Projenin kendisi ise herhangi bir hastanın tedavisidir. Sözgelişi, KBB hastalıkları servisinde bir hastanın tedavisi bir

projedir. Çünkü hastalara verilen tedavi "şahsileştirilmiş" tedavidir. Bir KBB hastasının tedavisinde uygulanan usuller ve tedaviye katılan elemanlar; başka bir KBB hastasının tedavisinden farklı olabilmektedir. Bir hastanın tedavisinde yalnızca hekim ve hemşire yer alabilirken, başka bir hastanın tedavisinde hekim, hemşire, ameliyathane ve fizik-tedavi ve rehabilitasyon bölümü personeli ile sosyal hizmet uzmanı da yer alabilmektedir. Uygulanan tedavi "şahsileştirilmiş tedavi" olduğundan, her hasta hekim için projedir. Projenin sorumlusu ve yöneticisi de, hastanın hekimidir. Tedavi ekibinde yer alan sağlık personeli ise hizmetin, yürütülmesi açısından hekime tedarik ve mesleki konularda da bağlı oldukları fonksiyonel yöneticilere karşı sorumludur.

#### **d. Hastaneler Günde 24 Saat Hizmet Veren Organizasyonlardır**

Hastaneye gelen hastanın tedavisi acillik ve reddedilemezlik özelliği gösterdiği ve hastanedeki bir kısım hastanın sürekli bakım altında tutulması gerektiği için hastanelerde tüm gün boyunca hizmet verilmektedir. 24 saat boyunca hizmet verilebilmesi için hastanedeki bir kısım personel vardiya ve/veya nöbet usulü ile çalıştırılmaktadır. Özellikle gece çalışan personelin kişilerarası ilişkilerinde ve göreve bağlılıklarında zayıflık görüldüğünden, hastanenin gece ve akşam vardiyalarındaki yönetimi, gerek hastane giderlerinin kontrolü, gerekse hastanın sağlığı açısından önem taşımaktadır.

#### **e. Hastaneler Personelinin Önemli Bir Kısım Kadınlardan Oluşan Organizasyonlardır**

Hastanedeki insan gücünün önemli bölümünü, kadınlar oluşturmaktadır. Kadın personelin bir özellik olarak ele alınmasının sebebi, kadın personel arasında devir hızının yüksek olmasıdır. Aksam ve gece vardiyalarında, tatil günlerinde çalışılıyor olunması, özellikle kadın personel

için bazı problemlere sebep olmaktadır ve buna bağlı olarak personel devir hızı yükselmektedir.

## **İKİNCİ BÖLÜM**

### **HİZMET KALİTESİ VE SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE**

#### **2.1. HİZMET KALİTESİ**

##### **2.1.1. Kalite Kavramı**

Kalite kavramı çok açık ve net olarak tanımlanamayan bir kavramdır. Organizasyon ve yönetim bilimi içerisinde çeşitli düşünürler ve uzmanlar kalite kavramını çok farklı şekillerde tanımlamaktadırlar. Bu tanımlardan bazıları aşağıda belirtilmiştir:

Türk Standartları Enstitüsü ISO 9000 serisinde kalite, “bir ürün ya da hizmetin belirlenen veya olabilecek ihtiyaçları karşılama yeteneğine dayanan özelliklerinin toplamı” olarak ifade edilmektedir (Peşkiroğlu, 1994: 96).

Avrupa Kalite Kontrol Organizasyonu (European Organization for Quality Control-EOQC) kaliteyi, belirli bir malın ya da hizmetin, tüketici isteklerine uygunluk derecesi olarak tanımlamıştır ([www.eoq.org](http://www.eoq.org), erişim 5 Mayıs 2008).

Amerikan Kalite Kontrol Derneğine (American Society for Quality Control-ASQC) göre kalite, bir mal veya hizmetin tüketicinin isteklerine uygunluk derecesidir ([www.asq.org](http://www.asq.org), erişim 5 Mayıs 2008).

Kalite, kullanıma (Juran) ve şartlara uygunluktur (Crosby). Diğer açıdan kalite en ekonomik, en kullanışlı ve tüketiciyi daima tatmin eden kaliteli bir ürün geliştirmek, tasarımı yapmak, üretmek ve satış sonrası hizmet vermektir (Ishikawa). Kalite, ürünün sevkiyattan sonra toplumda neden olduğu minimal zarardır (Taguchi). Görüldüğü gibi kalite, üretim ya da hizmetin başlangıcından satış sonrası hizmetlere kadar tüm aşamalarda

karşımıza çıkabilen bir kavramdır.

Kalite, bir markanın fonksiyonlarını görebilme konusundaki kabiliyetinin ölçüsüdür. Belirli bir ürünün varoluş nedenine bağlı olarak, gerçekleştirilmesi beklenen amaçları gerçekleştirme derecesidir. Kalite, ürünün dayanıklılığı, güvenilirliği, doğruluğu, görünüşü, tamlığı ve diğer verilen özelliklerin bütünüdür (Tek, 1999: 360).

Kalite denildiğinde genellikle “mal ve hizmet kalitesi” ya da “ürün kalitesi” anlaşılmaktadır. Oysa ürün kalitesini ortaya çıkaran birçok unsur bulunmaktadır ve tüm bu unsurlar başlı başına kalitenin birer boyutunu oluştururlar. Ürün kalitesi esasen sonuçtur; bu sonucu belirleyen başlıca kalite unsurları ise şunlardır (www.canaktan.org, erişim 25 Nisan 2008) :

- Liderlik kalitesi
- Yönetim kalitesi
- İnsan kalitesi
- Sistem kalitesi
- Süreç kalitesi
- Donanım kalitesi

Kaliteden söz edildiğinde, akla ilk gelen genellikle ürün kalitesi olmaktadır. Oysa bu doğru değildir. İşin üç yapıtaşı vardır: Donanım (hardware), uygulama kuralları (software) ve insan (humanware). Kalite insanla başlar. Donanım ve uygulama kurallarından, ancak insan doğru yerine yerleştirildikten sonra söz edilebilir. Toplam kalite kontrolünde insan kalitesi her şeyden önce gelir. Toplam kalite kontrolü ‘insana kaliteyi işlemek’ üzerine kuruludur. Çalışanlarına kaliteyi işleyebilen bir şirket kaliteli üretim yolunu zaten yürütmüş demektir (Imai, 1997; 41-42).

Bir başka şekilde, kaliteyi gerçek (beklenen) kalite ve algılanan kalite şeklinde incelemek mümkündür. Bir ürün veya hizmeti sunan kişi veya örgütün, ürün veya hizmeti sunmak için sarf ettiği çaba ve katlandığı

harcamaların onun özelliklerine ulaşması durumunda elde edilen kalite gerçek kalitedir. Kalitenin geleneksel tanımı da bu şekilde yapılmaktadır. Algılanan kalite ise, sübjektif bir kavramdır ve müşterinin algıladığı kalitedir. Bir ürün ve hizmet müşterinin beklentilerini karşıladığı zaman algılanan kaliteye ulaşılmış olunur. Buna göre kalite, ihtiyaçları karşılama derecesidir (Pekdemir, 1992: 7-8).

Kalite, günümüzde işletmeler için gerek ürün, gerek hizmetler açısından giderek önem kazanan bir unsurdur. Son dönemde yapılan tüm tanımlar tüketici gereksinimlerini karşılayanın ön planda tutulduğunu göstermektedir. Bu, pazarlamanın son dönemde yapılmış olan, müşteriye ön planda tutan tanımıyla da paralellik göstermektedir. Pazarlama, belli bir kârla müşteri tatmininin sağlanmasıdır (Kotler, 2001: 5).

### **2.1.2. Hizmet Kalitesi Kavramı**

Bir ürünün veya hizmetin kalitesi tüketici gereksinimlerini mümkün olan en ekonomik düzeyde karşılamayı amaçlayan pazarlama, mühendislik, imalat ve kalitenin devamı özelliklerinin bileşkesidir (Akın, 1996: 1).

Hizmet emek yoğun olduğundan hizmeti verenden bir diğerine değişiklik göstermektedir. Hizmetin kalite ve içeriğinde; kişilere, zamana ve ortama göre büyük dalgalanmalar ve değişiklikler görülmesi doğaldır. Hizmetleri standartlaştırmak olanaksızdır. Hizmetleri envantere geçirip stoklama olanağı yoktur (Malhan ve Özgülbaş, 1999: 116).

Hizmet kalitesi, verilen hizmetin tüketici beklentilerini tatmin düzeyinin bir ölçüsüdür. Hizmet kalitesi, bir örgütün müşteri beklentilerini karşılayabilme ya da geçme yeteneğidir ve hizmet kalitesinde önemli olan, müşteri tarafından algılanan kalitedir. Dolayısıyla hizmet kalitesi konusunda kalitenin

tüketici tarafından algılanan performans düzeyi ya da hizmetin tüketiciyi tatmin etme düzeyi olduğu söylenebilir (Zengin ve Erdal, 2005: 4).

Hizmet kalitesi olgusuna geniş bir bakış açısı getirerek kavramsal bir hizmet kalitesi modeli geliştiren Parasuraman, Zeithaml ve Berry'ye göre algılanan hizmet kalitesi, müşterilerin hizmetten beklentileri ile hizmet sunumu arasında, hizmetin performansına yönelik oluşan algılarının yönünün bir sonucudur. Müşterilerin hizmetten beklentileri ile hizmete yönelik algılarının karşılaştırılması esasına dayanan bu yaklaşıma göre beklenen hizmet, algılanan hizmetten büyük olursa algılanan kalite tatmin edici olmaktan daha düşük olacaktır. Beklenen hizmetin, algılanan hizmete eşit olması durumunda ise algılanan kalite tatmin edici olacaktır. Müşteriler tarafından algılanan kalitenin ideal kalite olarak kabul edilmesi için ise, beklenen hizmetin algılanan hizmetten küçük olması gerekmektedir (Parasuraman, Zeithaml, Berry 1985: 48-49).

İşletmeler iyi hizmet sunmak ve hizmetin kalitesini yükseltmek için büyük çabalar göstermekte ve değişik stratejiler izlemektedir. İşletmeler artık ürettikleri ve sattıkları ürünlerle değil, verdiği hizmetin üstünlüğüyle ve kalitesiyle ayakta kalabileceklerini ve pazar paylarını bu şekilde artıracabileceklerini görmeye başlamışlardır (Karahana, 2000: 10). Hizmet, bir sonraki satışın anahtarıdır ve hizmet kalitesi şu anki ve bundan sonraki müşterilerin kazanılmasını sağlar. Pazarlama araştırmaları göstermektedir ki; sunulan hizmetten memnun kalmayan kişiler, bu memnuniyetsizliklerini üçten fazla kişiye aktarmaktadır. Dolayısıyla sunulan zayıf hizmet, müşteri kaybına neden olmaktadır (Ghobadian, Speller, Jones, 1994: 4).

Hizmet kalitesi, hizmetin özelliklerinden dolayı farklılaşmaktadır. Mal üretiminde kalite kontrolün bir maliyeti olmaktadır. Fakat hizmet üretiminde hatalı hizmet sunumundan dolayı müşterinin hizmet firmasını kalitesiz olarak değerlendirmesi ve uzaklaşmasının maliyeti daha yüksek olmaktadır. Hizmet kalitesi ile ilgili üç varsayım bulunmaktadır (Parasuraman, Zeithaml, Berry, 1988: 40):

- a. Müşteriler için hizmet kalitesini değerlendirmek, ürün kalitesini değerlendirmekten daha zordur.
- b. Hizmet kalitesi algıları, müşteri beklentileri ile mevcut hizmet performansının kıyaslanmasından oluşur.
- c. Hizmet kalitesi değerlendirmesi, hizmetin çıktılarını ve hizmet verme sürecini içerir.

Kaliteye ilişkin değerlendirmeler sadece hizmet çıktısına bakarak yapılmamaktadır. Aynı zamanda hizmet sunumu sürecinin değerlendirilmesini de içermektedir. Yani tüketiciler hizmetin sunucunu değil, hizmetin veriliş şeklini de değerlendirmektedirler. Yararlanılan hizmet bir bütündür(Bulgan ve Gürdal; “Hizmet Kalitesi Ölçülebilir Mi?”, (Erişim) <http://kaynak.unak.org.tr/bildiri/unak05/u05-22.pdf>, 26 Nisan 2008).

Hizmet kalitesi ve organizasyonlarının finansal performansları arasında da pozitif bir ilişki mevcuttur. Şirketler yüksek kaliteli mal ve hizmet ürettikçe pazar payları ve geri dönüşüme sahip yatırım oranları artmaktadır. Bu bağlamda:

- a. Hizmet kalitesi rekabetin en önemli faktörüdür
- b. Hizmet kalitesi sürekli bir rekabet avantajı sağlar
- c. Hizmet kalitesi uzun dönemde kârlılığı sağlayıcı bir faktördür (Ghobadian, Speller, Jones, 1994: 5).

Hizmet kalitesinin hem üretim hem de hizmet sektörü açısından bu denli önemli olmasının bir sonucu olarak, hizmet kalitesinin ölçümü bilim adamlarının ilgisini çekmiştir ve incelemeler sonucunda hizmet kalitesine ilişkin şu ortak bulgular ortaya çıkmıştır (Parasuraman, Zeithaml, Berry, 1985: 53):

- a. Tüketiciler için hizmet kalitesinin değerlendirilmesi ürün kalitesinin değerlendirilmesinden daha zordur.
- b. Tüketici beklentileriyle gerçekleşen hizmet performansı arasındaki

ilişki sonucunda hizmet kalitesi algısı oluşur.

- c. Kalite değerlendirilirken sadece hizmet çıktısını değil hizmet sunum sürecini de değerlendirmek gerekir.

### **2.1.2.1. Hizmet Kalitesi ve Müşteri Tatmini**

Hizmet kalitesi ile müşteri tatmini yapısal olarak farklı kavramlaştırılmış olmalarına rağmen aralarındaki ilişki net bir şekilde tanımlanamamaktadır (Spreng ve Mackoy, 1995, 201).

Müşteri tatmini kavramı ile hizmet kalitesi kavramı arasında bir ilişki vardır. Müşteri tatmininin yaygın kullanımı “özel muamele” iken, hizmet kalitesi, “firmanın global davranışı” olarak ifade edilebilir (Bitner, Booms, Tetrault, 1991: 375).

Hizmet kalitesi konusunu incelemeye başlamadan önce belki de ilk önce yapılması gereken; hizmet kalitesi ölçümü ile müşteri tatmini ölçümünü birbirinden ayırmaktır. Çoğu uzmanlar; müşteri tatmininin kısa dönemli ve belirli bir işlemi ölçtüğü, buna karşılık hizmet kalitesinin uzun dönemli genel bir performans değerlendirmesi sonucu ortaya çıkan bir tutum olduğu konusunda görüş birliği içindedirler (Hoffman ve Bateson, 1997: 298).

Kuşkusuz, müşteri tatmini ve hizmet kalitesi gibi iki kavram birbirleriyle ilişkilidir. Bununla beraber, bu iki kavram arasındaki ilişki açık değildir. Bazıları, müşteri tatmininin hizmet kalitesinin algılanmasını esas aldığına inanırken diğerleri hizmet kalitesinin müşteri tatminini etkilediğine inanırlar. Ayrıca, bu iki kavram arasındaki ilişkiler ve bu iki kavramın satın alma davranışlarına etkisi büyük ölçüde açıklanamamış bulunmaktadır (Hoffman ve Bateson, 1997: 298-299).

Memnuniyetin, müşterinin hizmet kalitesi algılamalarını tekrar gözden geçireceğine yardım edeceği akla uygun bir açıklamadır. Bu yaklaşımın mantığı aşağıdaki biçimde açıklanmaktadır(Hoffman ve Bateson, 1997: 63):

- a. Bir firma ile ilgili hizmet kalitesi algılamaları, müşterinin daha önceden bir deneyimi yoksa müşterinin beklentilerine dayanır.
- b. Firma ile daha sonraki karşılaşmalar sürecin doğrulanmaması ve hizmet kalitesi algılamalarının gözden geçirilmesini esas alır.
- c. Firma ile her ilave karşılaşma, daha ileri gözden geçirme ve hizmet kalitesi algılamalarının geliştirilmesini sağlar.
- d. Gözden geçirilen hizmet kalitesi algılamaları müşterinin firmadan gelecekteki satın almaları üzerinde etkili olur.

Literatürde hizmet kalitesi ile müşteri tatmininin farklı yapılar olduğu ağırlıklı olarak kabul edilmiştir. Ancak, bazı çalışmalarda her iki kavram arasında böyle bir ayrımın yapılmadığı görülmektedir (Varınlı ve Çakır, 2004: 36).

Hizmet kalitesinin yükseltilmesinin ya da verilen hizmetin tatmin edici olmasının anahtarı, o hizmeti alandır. Hizmet kalitesinin yükseltilmesinde itici güç müşterilerdir. Müşteriler, beklentilerini ortaya koyarak, işletmenin nasıl bir hizmet üretmesi gerektiği konusunda ipuçları sunar. Müşterinin beklentileri, tepkileri, önerileri, şikâyetleri bir noktada işletmenin sorunlarına işaret eder. O halde kaliteli hizmete bir anlamda şikâyetlerin ortadan kaldırılmasıyla da ulaşmak mümkündür. Bir işletme için en çıkar yol, müşterilerin verilen hizmetten memnun olduklarını dile getirmelerini sağlamaktır (Keskin, 1998: 22).

Müşteri tatmini kavramının anlaşılmasında yararlı olacak beş ana ilkedен söz edilebilir (Kılıç, 1998: 33):

- a. Müşteri tatmini işletmenin kârının, pazar payının artmasında en önemli stratejik unsurdur ve müşteri tatmini bir program değil,

sunulan hizmet kalitesini artırmaya yönelik çabalaradır.

- b. Müşteri tatmini, üst yönetimin benimsemesiyle başlar ve bu yöndeki stratejik odaklanmayı tüm personele benimsetebilir. Bu açıdan işletme misyon, vizyon, hedef ve işletme kültürünü oluştururken hep bu amaca yönelik dizayn etmelidir. Müşteriye sunulan hizmette kaliteyi sağlayabilmek ve bunu memnuniyetle sonuçlandırmak için üst yönetim çalışanları takdir etmeli ve ödüllendirmelidir.
- c. Müşteri tatmininde tüm çalışanların katılımı ile başarı sağlanabilir.
- d. Müşteri tatmininde tüm çalışanların katılımı yanı sıra gerektiği takdirde organizasyon yeniden yapılandırılmalıdır. Müşteriye en hızlı, en etkili hizmet sunmaya yönelik organizasyon yapılarının oluşturulması gerekir.
- e. Müşteri tatmini tanımlanabilmeli, ölçülebilmeli ve izlenebilmelidir. Çünkü müşteri tatmini tanımlanabilirse ölçülebilir, ölçülebilirse analiz edilebilir, analiz edilebilirse kontrol edilebilir, kontrol edilebilirse pekiştirilebilir.

Kalitenin memnuniyet üzerindeki etkisi direkt değildir, değer tarafından yönlendirilebilir. Çünkü memnuniyette önemli olan değerdir. Hizmet işletmeleri artan düzeyde hizmet kalitesi sağlasalar bile memnuniyet de aynı düzeyde yüksek olacaktır diyemeyiz. Örneğin paket tatil programlarının fiyatı çok rekabetçidir. Kalitesi düşük olabilir, ancak yine de elde edilen memnuniyet yüksek olabilir (Caruna, Money, Berthon, 2000: 1338-1353).

#### **2.1.2.2. Hizmet Kalitesinin Boyutları**

Hizmet paketi, müşteri tarafından üretildiği anda müşteri tarafından tüketildiğinden, diğer bir deyişle müşteri bütün üretim sürecinde işletme ile etkileşim içerisinde olduğu ve üretime katıldığından, müşteri sadece ürün kalitesinde olduğu gibi üretim sonucunda ortaya çıkan çıktının kalitesi ile

değil, bütün üretim süreci boyunca etkileşim içerisinde olduğu hizmet paketinin diğer öğelerinin kalitesi ile de ilgilenir. Hizmetin bu özelliği, hizmet kalitesinin boyutları kavramını ortaya çıkarmıştır (Sevimli, 2006: 14). Bilim adamları hizmet kalitesinin boyutları ile ilgili çeşitli yaklaşımlar geliştirmiş olup, bunlar Tablo 2’de özetlenmiştir:

**Tablo 2: Hizmet Kalitesinin Boyutları**

| YAZARLAR                              | ÖNERİLEN BOYUTLAR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|---------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Sasser, Olsen, Wyckof (1978)          | <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Üretimde kullanılan materyallerin niteliği</li> <li>b. Hizmetin yaratıldığı fiziksel atmosfer, araç, gereç vb. teknik olanaklar</li> <li>c. Personelin tutum ve davranışı</li> </ul>                                                                                                             |
| Lehtinen (1983)                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Üç boyutlu yaklaşım <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Fiziksel kalite</li> <li>b. Etkileşim kalitesi</li> <li>c. Şirket kalitesi</li> </ul> </li> <li>2. İki boyutlu yaklaşım <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Süreç kalitesi</li> <li>b. Çıktı kalitesi</li> </ul> </li> </ul> |
| Gronross (1983)                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Teknik kalite</li> <li>b. İşlevsel kalite</li> <li>c. Firma imajı</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                     |
| Parasuraman, Zeithaml ve Berry (1985) | <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Güvenilirlik</li> <li>b. Heveslilik</li> <li>c. Yetenek</li> <li>d. Ulaşılabilirlik</li> <li>e. Nezaket</li> <li>f. İletişim</li> <li>g. İnanılabilirlik</li> <li>h. Güvenlik</li> <li>i. Müşteriyi tanıma/anlama</li> <li>j. Hizmet ortamı (Fiziksel özellikler)</li> </ul>                     |
| Norman (1988)                         | <p>Hizmet paketinin özellikleri:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Değişir (soft) özellikler</li> <li>b. Değişmez (hard) özellikler</li> </ul>                                                                                                                                                                                 |

(Kaynak: Uyguç, 1998: 36-37)

Bu yaklaşımların en kapsamlısı Tablo 2’de görüldüğü üzere Parasuraman, Zeithaml ve Berry tarafından geliştirilen on kalite boyutudur. Hizmet kalitesinin ölçülmesi için bu boyutların kullanılmasını önermişlerdir (Parasuraman vd., 1985: 47, Zeithaml vd., 1990: 21-22):

- a. Güvenilirlik:** Performansta tutarlılık, firmanın hizmeti bir kerede ve doğru yapması, diğer bir deyişle firmanın sözünü tutması anlamına gelir. Hizmetin zamanında, her zaman aynı şekilde ve hatasız olarak verilmesini içerir. Hizmetin önceden belirtilen zamanda yerine getirilmesi, faturalamanın doğru yapılması, yönetmeliklere uygunluk gibi konuları kapsar.
- b. Heveslilik:** Çalışanların hizmet verme konusunda hazır ve istekli olmasını açıklar. Satıcının müşteriye zamanında ve uygun karşılık verme derecesini belirler. Anında hizmet verme, müşteriye yardımcı olma ve zamanında geri dönme, bir belgeyi hemen postalama gibi faaliyetleri kapsar.
- c. Yetenek:** Hizmet verenlerin gerekli mesleki bilgi ve yeteneğe sahip olma derecesidir. Çalışanların müşteri ile olan ilişkilerindeki hata payının minimum düzeyde olmasını gerektirir. Çalışanların uzmanlığı, yetenekleri, eğitimi, yenilikleri takip etme ve araştırma yeteneği örnek olarak verilebilir.
- d. Ulaşılabilirlik:** Müşterinin işletme ile ilişki kurma kolaylığını ve yaklaşılabilirlik ölçüsünü içerir. Örneğin, hizmet verenlere telefonla kolayca ulaşılabileceğini, hatların meşgul olmamasını, hizmeti elde etmek için beklenmemesini, çalışma saatlerinin uygun olmasını, hizmet tesislerinin uygun yerlerde olmasını içerir. Ayrıca, amirlerin iç müşteri konumunda bulunan personelin öneri ve tekliflerine her zaman açık olmaları anlamında da anlaşılmalıdır.
- e. Nezaket:** Müşterilerle ilişkide bulunan çalışanların kibarlığını, saygısını, dostluğunu içerir. Çalışanların temiz ve düzenli görünüşü, güler yüzlü olması, müşterinin orada bulunmasından duydukları memnuniyeti ifade etmeleri, müşteriye ilgi gösterme

dereceleri örnek olarak gösterilebilir.

- f. **İletişim:** Çalışanların müşteriye hizmet hakkında onların anlayabileceği şekilde ve düzeyde bilgi vermesidir. Bu boyut, müşterileri, anlayacakları bir dilden konuşarak bilgilendirmek ve onları dinlemek, hatta kullanılan dilin değişik müşterilere göre ayarlanması anlamına gelmektedir. Karmaşıklık ve içerik derecesi değerlendirilmelidir. İyi eğitilmiş bir müşteriye karşı artırmak veya yeni ve deneyimsiz bir müşteri için daha basit ifadeler kullanmak bu boyut kapsamında değerlendirilebilir. Hizmetin içeriğini, maliyetini, karşılaşılabilecek problemleri ve problemler karşısında neler yapılabileceğini açıklamak, müşterinin sorularını eksiksiz bir şekilde cevaplamak gibi konuları kapsar.
- g. **İnanılabilirlik:** Çalışanların hizmet verdikleri müşteriye samimi bir ilgi göstermesi ve müşteriyi kendisine inandırmasıdır. Dürüstlikle oluşturulan işletme imajı ve çalışanların kişisel özellikleri işletme itibarını ve inanılabilirliğini artıran etkenlerdir.
- h. **Emniyet:** Verilen hizmetin tehlike, risk ve şüpheden uzak olması anlamına gelir. Bu boyut ayrıca müşteri bilgilerinin gizliliğini de içerir. Müşterilerin fiziksel, parasal güvenliğinin ve mahremiyetinin korunmasını kapsar. Otobüs işletmelerinde tecrübeli ve yetenekli şoförlerin, finans hizmetlerinde güvenilir ve dürüst uzmanların çalıştırılması, bir doktorun hastasının bilgilerini gizli tutması bu boyuta örnek gösterilebilir.
- i. **Müşteriyi Tanıma/Anlama:** Müşteriye özel ilgi gösterilmesi, ismi ile çağırılması, tanınması müşteriyi gururlandırıcı davranışlardır. Müşteriler, kendilerini yakından tanıyan çalışanlara daha fazla güvenmekte ve kalite algıları bu duruma göre değişmektedir.
- j. **Fiziksel (Somut) Özellikler:** Hizmetin verildiği ortamın fiziksel özelliklerini, personelin dış görünüşünü, kullanılan araç, gereç ve bunların teknolojik gelişmelere uygunluğunu ifade etmektedir. Hizmet ortamı boyutu hizmetin oluşturduğu ortamın psikolojik ve sosyal durumunu da açıklamaktadır. Çalışanların birbirleri ile olan

ilişkilerinin niteliği ve düzeyi, birbirlerine gösterdikleri davranışın özellikleri ve bunun sonucunda oluşan örgütsel kimlik bu boyut çerçevesinde değerlendirilmektedir.

### **2.1.3. Hizmet Kalitesi Modelleri ve Hizmet Kalitesini Ölçme Yöntemleri**

Rekabet koşullarının ağırlaştığı ve tüketici bilincinin sürekli arttığı hizmet sektöründe başarılı olmanın temelinde kaliteli hizmet sunmak yatmaktadır. Sanayi sektöründe olduğu gibi, hizmet sektöründe de kalitenin, rekabet edebilmenin çok önemli bir ön koşulu olduğunun bilincine sahip kuruluşlar sundukları hizmetlerin kalitesini daha da yükseltmenin yollarını araştırmaktadırlar. “Ölçmediğini daha iyi bir hale getiremezsin” deyişinden etkilenen ve Toplam Kalite Yönetimi (TKY) hareketinin coşkusuna katılan hizmet sektöründeki şirketler de kendi hizmetlerinin kalitesini ölçmeye çalışmaktadırlar (Yetiş, 2001: 61-62).

Hizmet kalitesini tanımlayan belli başlı modeller şunlardır (Mohammad, 2007: 35-50):

- a.** Parasuraman, Zeithaml ve Berry'nin Kavramsal Hizmet Kalitesi Modeli
- b.** Grönross'un Algılanmış Hizmet Kalite Modeli
- c.** Lehtinen&Lehtinen'in Hizmet Kalite Modeli
- d.** Normann'ın Hizmet Kalite Modeli
- e.** Kano Modeli

Hizmet kalitesini ölçmede kullanılan belli başlı modeller ise şunlardır (<http://iibf.kou.edu.tr/ceko/ssk/kitap50/45.pdf>, erişim 23 Nisan 2008):

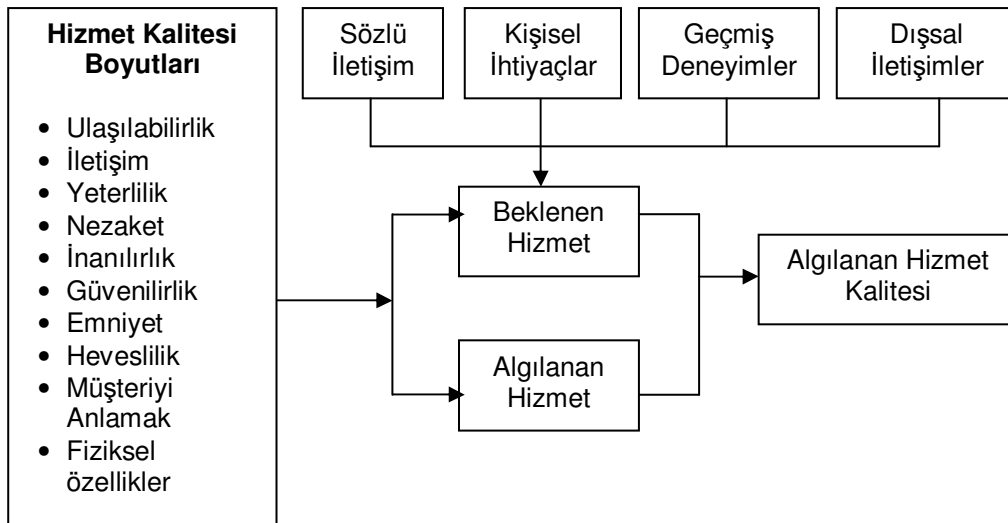
- a. SERVQUAL
- b. Benchmarking
- c. Toplam Kalite Endeksi
- d. SERVPERF
- e. Kritik Olaylar Yöntemi (CIT)
- f. Linjefly'nin Hizmet Barometresi
- g. Grup Mülakat Yöntemi
- h. İstatistiksel Yöntemler

#### **2.1.3.1. Parasuraman, Zeithaml ve Berry'nin Kavramsal Hizmet Kalitesi Modeli**

Hizmet kalitesi araştırmalarında, müşterilerin hizmet kalitesini nasıl değerlendirdikleri, değerlendirmede hangi boyutları kullandıkları, müşterilerin beklentilerini hangi faktörlerin etkilediği konularında tatmin edici bilgilerin bulunmaması dolayısıyla kavramsal bir hizmet kalitesi modeli geliştirilmesi gereği ortaya çıkmış ve buna yönelik olarak hizmet sektörü yöneticileri ve müşterilerini kapsayan araştırmalar yapılmıştır. Bu araştırmaların en önemlilerinden biri de Parasuman, Zeithaml ve Berry tarafından yönetilen bir dizi araştırmadır. Parasuman, Zeithaml ve Berry, hizmet kalitesi kavramına daha geniş bir perspektiften yaklaşarak, öncelikle hizmet kalitesini tanımlamaya ve onu etkileyen faktörleri bulmaya, daha sonra da ölçülebilir hale getirebilmek için her hizmet türüne uygulanabilecek genel bir model geliştirmeye çalışmışlardır (Sevimli, 2006: 21).

Parasuraman, Zeithaml ve Berry tarafından geliştirilen bu modelde hizmet kalitesi yerine “algılanan hizmet kalitesi” deyimi kullanılmaktadır. Algılanan hizmet kalitesi ise müşterinin hizmeti almadan önceki beklentileri

(beklenen hizmet) ile yararlandığı gerçek hizmet deneyimini kıyaslamamanın bir sonucu olup, müşterilerin beklentileri ile algılanan performans arasındaki farklılığın yönü ve derecesi olarak değerlendirilmektedir. Beklentileri ise müşterinin hizmete ilişkin istek ya da arzularını ifade etmektedir (Saat, 1999: 108-109).



(Kaynak: Parasuraman, Zeithaml, Berry, 1985: 48)

### Şekil 1: Algılanan Hizmet Kalitesi Boyutları

Şekil 1 incelendiğinde, sözlü iletişim, kişisel ihtiyaçlar, geçmiş deneyimler ve dışsal iletişimlerin müşterilerin beklediği hizmeti etkilediği; diğer yandan, müşterilerin hizmetten beklentileri ve söz konusu hizmetlere yönelik algılarının karşılaştırılmasıyla “Algılanan Hizmet Kalitesi”nin oluştuğu görülmektedir.

Beklenen hizmetle algılanan hizmet arasındaki ilişkiler şöyle sıralanabilir (Parasuraman, Zeithaml, Berry, 1985: 48-49).

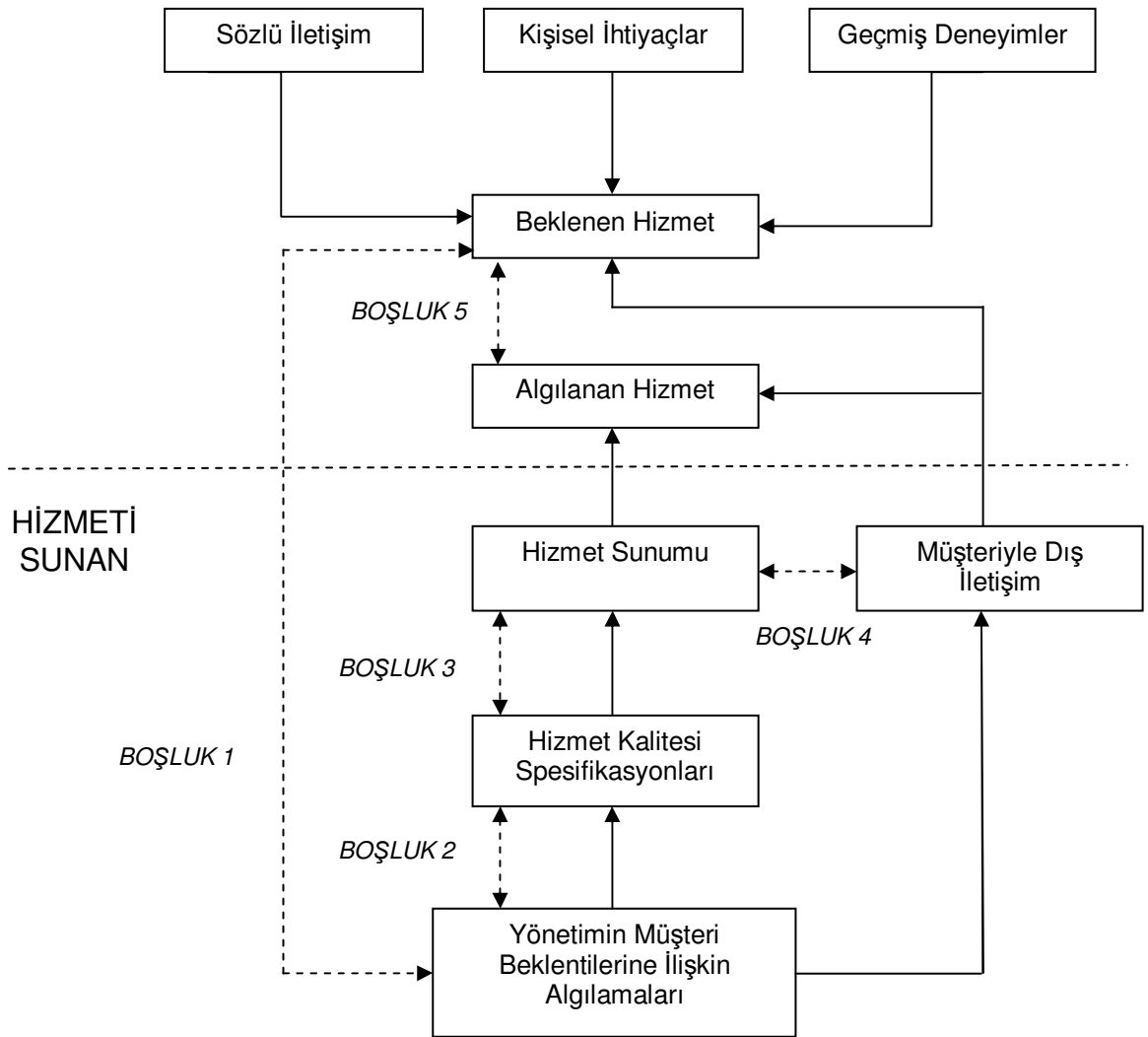
- a. Beklenen hizmet > algılanan hizmet ise, algılanan kalite tatmin edici olmaktan uzaktır ve kabul edilemez bir kalite düzeyi oluşacaktır.
- b. Beklenen hizmet = algılanan hizmet ise, algılanan kalite tatmin edici olacaktır.
- c. Beklenen hizmet < algılanan hizmet ise, algılanan kalite tatmin edici olandan daha yüksek olacaktır ve ideal kalite düzeyi oluşacaktır.

Parasuman, Zeithaml ve Berry, keşfedici araştırma adı altında, dört ayrı hizmet kategorisinden birer şirket seçmiş (bankacılık, kredi kartı hizmetleri, menkul değerler komisyonculuğu, tamir bakım hizmeti), bu şirketlerde hizmet kalitesi üzerinde etkisi olacağı düşünülen üst yönetim, pazarlama ve müşteri ilişkileri bölümlerinden yöneticilerle derinlemesine görüşmeler yapmışlardır. Bu yöntemle yöneticilerin hizmet kalitesini kontrol etmeye yönelik bakış açıları saptanmaya çalışılmıştır. Örneğin, yöneticilerin hizmet kalitesini kontrol etmek için ne gibi faaliyetlerde bulundukları, yüksek kaliteli hizmet sunmada hangi güçlüklerle karşılaştıkları konularında sorular sorulmuştur. Yöneticilere ayrıca, hizmet kalitesini değerlendirirken müşterilerin hangi kriterleri kullandıklarını düşündükleri ve müşterinin bakış açısı ile hizmet kalitesinin onlar için ne anlama geldiğine yönelik sorular sorularına yanıtlar aranmıştır (Zeithaml, Parasuraman, Berry, 1990: 36).

Bu hizmet kategorilerindeki yöneticilerle yapılan görüşmeler sonucunda, yöneticilerin hizmet kalitesini nasıl algıladıkları ve müşterilerce kaliteli olarak değerlendirilecek bir hizmetin sunulması süreçlerinde yöneticilerin neler yapması gerektiği konularında tartışılmıştır. Bunun sonucunda, gerek hizmet sunan işletmelerin kalite anlayışları ile uygulamaları arasında, gerekse müşterilerin hizmetten beklentileri ile aldıkları gerçek hizmet arasında bazı boşluklar(farklar) tespit edilmiştir. Parasuman, Zeithaml ve Berry'ye göre bu boşluklar sunulacak hizmetlerin müşteriler tarafından yüksek kaliteli olarak algılanmasına engel olacak kadar büyük önem

taşımaktadır. Söz konusu boşluklar ve bu boşluklara neden olan faktörler aşağıdaki şekilde gösterilmektedir (Parasuman, Zeithaml, Berry, 1985: 43-44):

## MÜŞTERİ



(Kaynak: Parasuman, Zeithaml, Berry, 1985: 44)

**Şekil 2: Parasuman, Zeithaml ve Berry'nin Kavramsal Hizmet Kalitesi Modeli**

Şekil 2 'deki boşluklar ve boşluklara neden olan faktörler aşağıda açıklanmaktadır (Parasuman, Zeithaml, Berry, 1985: 44-46, Saat, 1999: 110-113, Zeithaml, Parasuman, Berry, 1990: 37-49, Uyguç, 1998, 29-32):

**Boşluk 1 – Müşteri beklentileri ile yönetimin müşteri beklentilerine ilişkin algılamaları arasındaki boşluk**

Yönetimin müşteri beklentilerini doğru belirleyememesi sonucu bu fark ortaya çıkmaktadır. Müşteri beklentilerinin yanlış değerlendirilmesi sonucu, işletmenin para, zaman ve diğer kaynakları boşa harcaması kaçınılmazdır. (Bozdağ, Atan, Altan, 2003: 6).

Yönetimin algıları ile müşterilerin beklentileri arasındaki tutarsızlıklar şu örneklerle izah edilebilir (Parasuman, Zeithaml, Berry, 1985: 44):

- a. Her banka ve menkul kıymetler komisyonculuğu müşteri grubunda, işlemleri süresince ortaya çıkan faaliyetlerinde öncelik ve gizlilik, kilit kalite vasfı olarak nitelendirilmiştir. Ancak yönetici görüşmelerinde bu kavramlar nadiren dile getirilmiştir.
- b. Kredi kartı müşterilerinden oluşturulan müşteri grubunda yapılan tartışmalarda, kredi kartının fiziki ve güvenlik özellikleri ile ilgili, (örneğin kredi kartının başkaları tarafından kullanılma olasılığı) tehlikeler dile getirilirken, yapılan yönetici görüşmelerinde bu durumun kritik bir konu olarak değerlendirilmediği görülmüştür.
- c. Tamir hizmetleriyle ilgili oluşturulan müşteri grubu görüşmelerinde müşteriler, büyük tamir firmalarının her zaman yüksek kalitede hizmet veren firmalar olarak değerlendirilme olasılığının düşük olduğunu, bağımsız küçük tamir firmalarının yüksek kaliteli hizmet verebileceğini belirtmişlerdir. Buna karşın, yönetici görüşmelerinde birçok yöneticinin bu konudaki yorumu, firmanın büyüklüğünün kalite bağlamında bir güç işareti olduğu yönündedir.

Birinci boşluğu yaratan faktörler şu şekilde özetlenebilir (Saat, 1999: 110):

**a. Pazar araştırması problemleri**

- Yetersiz pazar araştırması
- Yetersiz pazar araştırması sonuçlarının kullanılması
- Yönetim ve müşteri arasındaki etkileşim eksikliği

**b. Elde edilen bilgilerin yönetime aktarılışındaki eksiklikler ve yanlışlıklar, bir başka deyişle yukarıya doğru iletişimin yetersizliği**

**c. Yönetim kademelerinin çokluğu**

**Boşluk 2 – Yönetimin müşteri beklentilerini algılaması ile bunların hizmet kalite özelliklerine dönüştürülmesi arasındaki boşluk**

Parasuman, Zeithaml, Berry'nin (1985), hizmet firması yöneticileriyle yaptığı görüşmelerde yöneticiler deneyimlerine dayanarak, müşteri beklentilerine denk veya beklentilerini aşma şeklinde hizmet vermenin güçlüğü ve müşterilerin beklediği hizmeti sunma konusunda kendilerini engelleyen kısıtlılıklardan söz etmişlerdir. Örneğin, tamir firmasının yöneticileri araç arızalarına hızlı cevap vermenin, müşteriler için yüksek kaliteli hizmet sunma anlamına geldiğinin farkındadır. Buna karşın talepteki geniş dalgalanma ve personel yetersizliğinden dolayı, sistemi müşteri taleplerine çabuk yanıt verebilecek şekilde kurmanın güçlüğü de ifade etmişlerdir. Tamir firmasının bir yöneticisi ise, klima ve çim biçme makinesi arızaları ile ilgili en yüksek talebin yaz aylarında gerçekleştiğini, ancak bu aylarda birçok personelin tatile çıkmak istemesinden dolayı bu talebin karşılanamadığını belirtmiştir.

Parasuraman, Zeithaml ve Berry birçok işletme için ikinci boşluğun geniş bir boşluk olduğunu belirtmiş ve ikinci boşluğa yol açan faktörleri şu şekilde sıralamışlardır (Sevimli, 2006: 25–26):

### **a. Yönetimin hizmet kalitesini yükseltmeye isteksiz oluşu**

Maliyetleri düşürme amacı ile hizmet kalitesini geliştirmekte kullanılacak kaynakların tahsis edilmemesi, işletmenin müşteriye hizmet etme amacından daha çok satış hedeflerini tutturma amacını benimsemesi ve üst ve orta yönetim kademesinin hizmet kalitesinin sağlanması düşüncesini tam olarak benimsememesi gibi problemler yönetimin hizmet kalitesini önemli bir stratejik amaç olarak görmediği, kalite geliştirme konusunda yeteri kadar istekli olmadığı ve gerekli çabayı göstermediği anlamına gelir.

### **b. İmkânsızlık algısı**

Bu faktör, yöneticilerin müşterilerin beklentilerini karşılamamanın imkânsız olduğu inancına sahip olmalarını ifade eder. Bu inanç beklentilerin yerine getirilmesinin güç olduğu düşüncesi, gerekli yeteneklere ve teknolojiye sahip olunmaması, mali zorluklar, mevcut politika ve yöntemlerde değişiklik yoluna gidilmemesi ya da müşterilerin mantık dışı isteklerinden kaynaklanabilir. Fakat bu imkânsızlık düşüncesine sahip olan yöneticiler ancak dar görüşlü olarak nitelendirilebilir. Yeniliklere açık olmak ve büyük düşünmek ile bütün beklentilerin karşılanabileceği düşünülmelidir.

### **c. Görev standartlarının yetersizliği**

Hizmetin doğası dolayısıyla birçok yönetici standartlaştırmanın mümkün olmadığını düşünmektedir. Görev standartlarındaki eksiklikler, hizmet görevlerinin standardizasyonunda teknolojinin kullanılma derecesi, müşteriye verilen hizmette tutarlılık sağlanmasında otomasyon kullanılmaması ve tutarlı bir hizmetin sunulabilmesi için faaliyet yöntemlerinin geliştirilmesinde kullanılan programların olmaması veya yetersizliği olarak özetlenebilir. Bunun yanında hizmetlerin standartlaştırılması çalışanlar ile teknolojinin yer değiştirmesi, çalışma yöntemlerinde değişiklikler yapılması ve bu iki yöntemin birleştirilmesi ile gerçekleştirilebilir. ATM makineleri,

otomatik araba yıkama makineleri örnek olarak verilebilir.

#### **d. Amaç belirlememe**

Hizmet kalitesi amaçlarının daha çok işletme standartlarına dayandırılması ve müşteri beklentilerine dayandırılmaması, çalışanlar için hizmet kalitesi amaçlarının oluşturulmasında biçimsel bir yöntemin olması, hizmet kalitesi amaçlarını karşılama performansının ölçülmemesi, yapmak istenilen konusunda açık ve belirgin amaçlara sahip olunmaması da hizmet kalitesini yükseltme konusunda başarısızlığa neden olur.

### **Boşluk 3 – Hizmet kalitesi özellikleri ile hizmet sunumu arasındaki boşluk**

Bu boşluk, işletmenin müşteri beklentilerini doğru algılamış ve bunlara uygun standartları yürürlüğe koymuş olmasına rağmen, istenilen hizmet performansını gösterememesinden kaynaklanan boşluktur. Hizmet kalitesi özellikleriyle hizmet performansı arasındaki bu boşluk çalışanların hizmet istenilen düzeyde yerine getirememesinden ya da bu konuda isteksiz olmasından kaynaklanır. Hizmet işletmeleri çalışanlarının hepsinden aynı performansı beklemek ve bunu standart haline getirmek her zaman mümkün olmayabilir.

Parasuraman, Zeithaml ve Berry üçüncü boşluğun oluşmasında yedi kavramsal faktörden bahsetmektedir (Parasuraman, Zeithaml, Berry 1990, 1991, 1994, Saat 1999, Sevimli 2006):

#### **a. Rol belirsizliği**

Çalışanların, yöneticilerin veya denetimcilerin kendilerinden ne beklediği ve bu beklentileri nasıl tahmin edecekleri konusunda emin olmamalarını ifade eder. Rol, üst yönetim, denetçiler ve müşterilerden gelen

beklentiler, baskılar ve talepler doğrultusunda tanımlanmaktadır. Çalışanlar işlerini gerektiği gibi yerine getirmek için ihtiyaç duydukları bilgi ve eğitime sahip olmadıklarında rol belirsizliği ile karşı karşıya kalırlar. Bunu önlemek için iletişimin güçlendirilmesi, geri beslemenin geliştirilmesi, çalışanların güvenlerini ve yeteneklerini geliştirebilmeleri için eğitilmeleri gerekmektedir.

### **b. Rol çatışması**

Hizmet firmalarında çalışanlar tüm müşterilerden gelen talepleri aynı anda yerine getiremediklerinde rol çatışması ile karşılaşabilmektedirler. Bazen işletmenin çalışanlarından bekledikleri ile müşterilerin bekledikleri arasındaki farklılıklardan da bu çatışma doğabilmektedir. Örneğin işletme, çalışanlarından birim zamanda hizmet verdiği müşterilerin sayısını artırmalarını isterken, müşteriler kendilerine daha fazla zaman ayrılarak daha fazla özel ilgi göstermelerini bekleyebilmektedirler. Bunu önlemek için işletmelerin hizmet standartlarını ve rolleri müşterilerin beklentileri açısından tanımlaması, müşteri odaklı performans ölçüm sistemleri kullanması ve çalışanlarına öncelik saptama ve zaman yönetimi konularında eğitim vermesi gereklidir.

### **c. İşe uygun olmayan elemanlar**

Bu faktör yetenek ve bilgi düzeyleri görev aldıkları pozisyon için yeterli ve uygun olmayan çalışanları ifade etmektedir. Müşterilerle doğrudan temasta bulunan çalışanlar genellikle işletmenin daha alt düzeyindeki pozisyonlarda çalışanlar olduklarından ücretleri ve eğitimleri de buna orantılı olarak düşük olmaktadır. Bu nedenle bu faktörü ortadan kaldırmak isteyen işletmelerin insan kaynakları sistemlerini gözden geçirmesi, çalışanlarını daha dikkatli bir şekilde seçmesi, gelişimleri için gerekli ve uygun eğitimleri vermesi gerekmektedir.

### **d. İşe uygun olmayan teknoloji**

Hizmet sunulurken kullanılan teknolojinin yetersiz veya uygunsuz

oluşu, kullanılan araç gereçlerin işin gereklerini yerine getirmede yetersiz kalması gibi problemler çalışanların performanslarını olumsuz yönde etkilemektedir. İşletmelerin hizmet kalitelerini yükseltebilmeleri için donanımlarını yeterli ve uygun teknoloji ile kurmaları gereklidir.

#### **e. Uygun olmayan denetim sistemleri**

Hizmet işletmelerinde genellikle çalışan performansı, birim zamanda ürettikleri ürün sayısı ya da bir haftada gerçekleştirdiği satış miktarı gibi ürettikleri çıktı bakımından değerlendirilmektedir. Bu tür uygulamalar sonucunda çalışanların performansları hizmet kalitesi açısından değil, işletmelerin hedefleri açısından değerlendirilmektedir. Oysaki kaliteli hizmet için hizmet işletmelerinde çalışanların performansları davranışsal kontrol sistemleri yoluyla değerlendirilmeli ve bu değerlendirmeler sürekli olarak ve hizmet standartları ile karşılaştırılarak yapılmalıdır.

#### **f. Algılanan kontrol eksikliği**

Algılanan kontrol çalışanların sorunlar karşısında doğru tepkiyi gösterebilme yeteneğini ifade etmektedir. Hizmet çalışanlarının daha iyi performans gösterebilmeleri için karşılaştıkları durumlar karşısında inisiyatiflerini kullanabilmeleri ve bunu yapabilmek için de üzerlerinde daha az baskı hissetmeleri gerekir. Bunu sağlayabilmek için hizmet çalışanlarına müşterileri tatmin etmek için gerekli yetkinin verilmesi gerekmektedir. Yetki verilmesi, karar alma gücünü işletmenin en alt seviyelerine doğru indirmekte, müşterilere hizmet verirken çalışanların kendi başlarına önemli kararlar almasını sağlamaktadır. Böylece müşterilerin sorunlarına çözüm bulabilme süreci de hız kazanmaktadır.

#### **g. Takım çalışması eksikliği**

İşletmenin tüm kademelerindeki çalışanların birbirini destekler şekilde ve birbirlerinin müşterisi gibi çalışması anlamına gelen takım çalışması çalışanların kişisel bağlılığını da sağlayarak, grup üyelerinin karar sürecine

katılması ve grubun başarısını paylaşması suretiyle işletmenin hedeflerine ulaşmasında çok büyük rol oynamaktadır.

#### **Boşluk 4 – Hizmet sunumu ile müşteriyle dış iletişim arasındaki boşluk**

İşletmenin sunmayı vaat ettiği hizmetle sunduğu hizmet arasındaki boşluktur (Parasuraman, Zeithaml, Berry, 1990: 116). Bu boşluk esasen hizmet işletmelerinin yazılı ve görsel medya aracılığıyla müşterilerine duyurduğu hizmetin, sunulan hizmetten farklı olmasından kaynaklanır. İşletmelerin reklamları, müşteri beklentilerini etkilemektedir. Bu bağlamda, müşterinin kendisine sunulan hizmete yönelik kalite algısının olumlu olabilmesi için, hizmetin reklamlarda ifade edildiği şekilde sunulması gerekmektedir. Reklamların gerçekçi olmaması durumunda ise, yüksek beklenti içindeki müşterilerin, söz konusu hizmetlere yönelik kalite algısı düşük olacaktır (Parasuraman, Zeithaml, Berry, 1985: 45). Bu nedenle, hizmet işletmelerinin pazarlama fonksiyonları ile organizasyon fonksiyonları arasında uyum olması gerekmektedir. Bu boşluğu meydana getiren iki kavramsal faktör bulunmaktadır (Sevimli, 2006: 29-30):

##### **a. Yatay iletişimin yetersizliği**

Bu faktör, işletmenin farklı bölümleri arasında veya ayrı bölümler içinde iletişimin yetersiz olmasını ifade eder. Reklam ve operasyon bölümleri arasındaki iletişimin yetersizliği, satışçılarla operasyonlar arasındaki iletişimin yetersizliği, insan kaynakları, pazarlama ve operasyonlar arasındaki iletişimin yetersizliği, şubeler veya bölümler arasındaki politika ve prosedürlerin farklılığı gibi problemler nedeniyle söz verilen hizmet ile sunulan hizmet arasında farklılıklar bulunabilir.

##### **b. Abartma eğilimi**

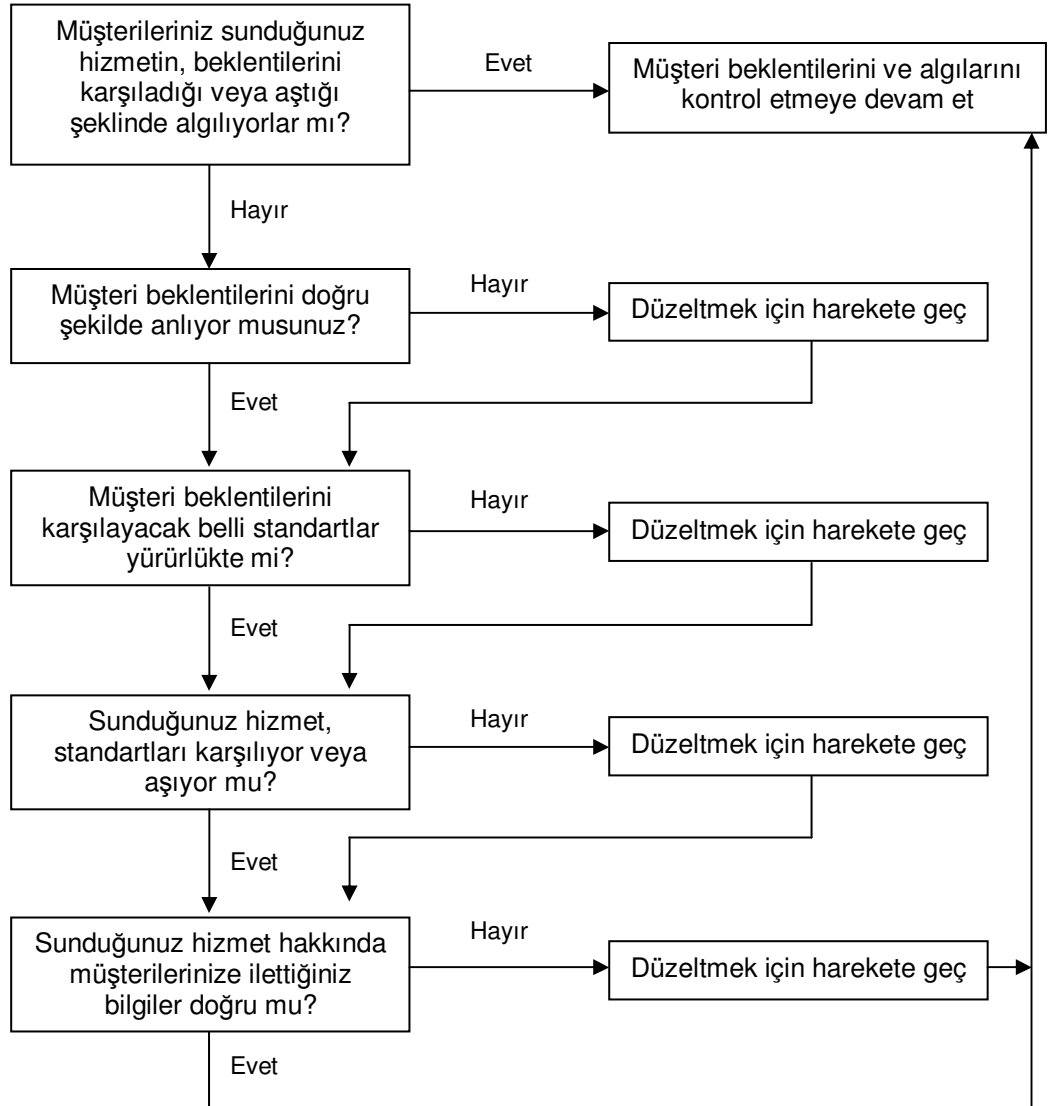
Hizmet sektöründe artan yoğun rekabet ortamında yeni müşteriler kazanmak isteyen ya da var olan müşterilerini kaybetmek istemeyen

işletmeler hizmetlerini abartma eğiliminde olabilirler. Ancak bu abartma eğilimi sonucunda reklâmlar yoluyla vaat edilen hizmet ile gerçekte sunulan hizmet arasındaki fark müşterileri hayal kırıklığına uğratabilir ve hizmetin müşteri tarafından bir daha tercih edilmemesine yol açabilir. Bu nedenle reklamlarda müşterinin alacağı hizmetin doğru bir şekilde yansıtılması gerekmektedir.

#### **Boşluk 5 – Beklenen hizmet ile algılanan hizmet arasındaki boşluk**

Yöneticilerle yapılan görüşmelerin sonucunda ortaya çıkan ve müşterilerin kalite algılarını etkileyen yukarıdaki dört boşluğun sonucunda oluşan beşinci boşluk, müşterilerin işletmelerden almayı bekledikleri hizmet ile aldıkları hizmeti karşılaştırmaları sonucu ortaya çıkar. Başka bir ifadeyle, algılanan hizmet kalitesi müşterilerin beklentileri ile algıları arasındaki farklılığın yönü ve derecesi olarak da tanımlanabilir. Algılanan hizmet kalitesi, beşinci boşluğun büyüklüğüne ve yönüne bağlıdır. Beşinci boşluk da, diğer dört boşluğun bir fonksiyonu olarak ifade edilebilir (Parasuraman, Zeithaml, Berry,1985: 46).

Ayrıca Parasuraman, Zeithaml ve Berry hizmet kalitesinin sürekli olarak ölçümü ve iyileştirilmesi için uygulanabilecek ve mantıksal bir sırayı takip eden bir “süreç modeli” de geliştirmiştir:



(Kaynak: Parasuraman, Zeithaml, Berry, 1990: 47)

### Şekil 3: Hizmet Kalitesinin Sürekli Ölçümü ve İyileştirilmesi İçin Süreç Modeli

Kaliteli hizmet, beklenen hizmetin algılanan hizmetle en az eşit olması ya da ondan daha fazla olmasıyla ortaya çıkar. Hizmetin kalitesinin ölçülebilmesi için hizmeti kullananın beklediği hizmetle algıladığı hizmetin ölçümlenmesi gerekir. Bu ölçümlemede, hizmeti kullanan beklediği hizmete ve algıladığı hizmete puanlar vererek ölçümü gerçekleştirir. Bu puanlar Parasuraman, Zeithaml ve Berry tarafından hizmet kalitesini belirlemek

amacıyla geliştirilmiş olan SERVQUAL analizinin yapılmasında temel oluşturur (Saat, 1999: 113).

### **2.1.3.2. SERVQUAL Analizi**

1983–1990 yılları arasında Parasuraman, Zeithaml ve Berry tarafından Amerika’da geliştirilen SERVQUAL Yöntem, hizmet kalitesi literatüründe bulunan en kapsamlı çalışmalardan biridir. Yöntemin yaratıcıları, geliştirdikleri yöntemin evrensel olarak geçerli olduğunu ve bazı küçük değişikliklerle her sektöre uygulanabileceğini çünkü en temel hizmet kalitesi boyutlarının tanımlandığını iddia etmektedirler (Parasuraman, Zeithaml ve Berry; 1985, 1988, 1990, 1991, 1993, 1994).

SERVQUAL Analizi, beklenen ve algılanan kalitenin müşteriler tarafından değerlendirilmesine dayanan bir anket analizidir. Yapılan değerlendirme sonucunda, kullanılan bir hizmetin, kullanıcısına göre performans düzeyi (örneğin iyi – kötü olarak algılanan kalite) ile bu hizmetten beklentiler (örneğin önemli-önemsiz olarak istenen kalite) arasındaki fark hizmet kalitesini belirlemektedir. Diğer bir deyişle SERVQUAL Analizinde hizmet kalitesi değerlendirmesi, müşterilerin “Beklenti - Algı” ifade çiftlerine verdikleri puanlar arasındaki farkın hesaplanmasına dayanmaktadır (Sevimli; 2006, 31–32).

SERVQUAL, mükemmel bir hizmet kalitesi sağlamanın anahtarının müşterinin beklentilerini tam anlamıyla karşılamak veya beklentilerinin üstüne çıkmak olduğunu savunan bir görüşe sahiptir ve bu görüş, odak noktası olarak alınarak kavramsallaştırılmış, tasarlanmış bir ölçüm yöntemidir. Yapılan geniş kapsamlı çalışmaların sonucuna dayanarak SERVQUAL, hizmet kalitesini, müşterilerin beklentileri veya istekleri ile işletmenin sunduğu

hizmetleri algılamaları veya deneyimleri arasındaki farkın büyüklüğü olarak tanımlar(Yetiş, 2001: 63).

Hizmet kalitesini tanımlamaya hizmet kalitesi sorunlarının nedenlerini belirlemeye ve hizmet kalitesi ölçümüne ilişkin olarak Parasuraman, Zeithaml ve Berry tarafından yapılan çalışma, yöneticilerle görüşmelere ve müşterilerle yürütülen on iki grup tartışmasına dayanmaktadır. Bu çalışmalar sonucunda önceki bölümde bahsedilen hizmet kalitesinin on boyutu belirlenmiştir (Parasuraman, Zeithaml, Berry, 1985; 47).

Daha sonra Parasuraman ve arkadaşları uyguladıkları anketleri faktör analizi ile değerlendirerek, hizmet kalitesini belirleyen on boyutu, beş boyuta indirgeyerek SERVQUAL adını verdikleri bir hizmet kalite ölçüm aracı olan anketi geliştirmişlerdir. Buna göre, kullanılan bir hizmetin kullanıcıya göre performans düzeyi(örneğin iyi-kötü olarak algılanan kalite) ile bu hizmetten beklentiler(örneğin önemli-önemsiz olarak istenen kalite) arasındaki fark hizmetin kalitesini belirlemektedir(Saat; 1999: 114).

Yöntemde fiziksel özellikler, güvenilirlik ve heveslilik boyutları korunmuş, yetenek, nezaket, inanılabilirlik ve güvenlik boyutları güven boyutu içinde, ulaşılabilirlik, iletişim ve müşteriye anlama boyutu empati boyutu içinde yer almıştır.

**Tablo 3: SERVQUAL Boyutları ve Hizmet Kalitesini Ölçmek İçin Olan Orijinal 10 Boyut Arasındaki Uygunluk**

|                                                  | Fiziksel Özellikler | Güvenilirlik | Heveslilik | Güven | Empati |
|--------------------------------------------------|---------------------|--------------|------------|-------|--------|
| Fiziksel Özellikler                              |                     |              |            |       |        |
| Güvenilirlik                                     |                     |              |            |       |        |
| Heveslilik                                       |                     |              |            |       |        |
| Yetenek, Nezaket, İnanılabilirlik, Güvenlik      |                     |              |            |       |        |
| Ulaşılabilirlik<br>İletişim<br>Müşteriyi Anlamak |                     |              |            |       |        |

(Kaynak: Parasuraman, Zeithaml ve Berry, 1990: 25)

### a. SERVQUAL Soru Anketi

Anket temel olarak iki bölümden oluşmaktadır. Her bölüm bu beş boyutla ilgili olarak 22'şer ifadeden oluşmaktadır. Birinci bölüm dışa dönüktür ve hizmetten beklenen kaliteye yöneliktir. İkinci bölüm ise içe dönük olup, müşterilerin söz konusu işletmenin hizmet kalitesini nasıl algıladıklarına dayanır. Her ifadenin beklenen ve algılanan hizmet olmak üzere iki soruluş biçimi vardır. Bu nedenle gerçekte ölçüm 44 ifade üzerinden yapılmaktadır.

**Tablo 4: SERVQUAL Ölçeğindeki Beş Boyuta Ait İfadeler**

| Boyutlar            | Boyuta Ait İfadeler |
|---------------------|---------------------|
| Fiziksel Özellikler | 1-4                 |
| Güvenilirlik        | 5-9                 |
| Heveslilik          | 10-13               |
| Güven               | 14-17               |
| Empati              | 18-22               |

Beş boyut altında toplanan anket ifadeleri aşağıda sıralanmıştır:

#### **Beklentiler Bölümü:**

##### **Fiziksel Özellikler:**

E1. Mükemmel bir ..... firması teknolojiye uygun ve çağdaş donanıma sahip olmalıdır

E2. Mükemmel bir ..... firmasının fiziki tesislerinin görünümü çekici olur

E3. Mükemmel bir ..... firmasının çalışanları temiz ve şık görünümlü olur

E4. Mükemmel bir ..... firmasında hizmetle alakalı malzemeler düzgün

görünürlüdüdür

**Güvenilirlik:**

E5. Mükemmel bir ..... firması, bir işi ne zaman yapacağını vaat ediyorsa o zamanda yerine getirir

E6. Müşteriler bir sorun yaşadığında, mükemmel bir ..... firması problemi çözmek için samimi bir çaba gösterir

E7. Mükemmel bir ..... firması sunduğu hizmetleri ilk seferinde tam olarak yapar

E8. Mükemmel bir ..... firması hizmetlerini söz verdiği zamanda gerçekleştirir

E9. Mükemmel bir ..... firması, kayıtların doğru olarak tutulmasında titizdir

**Heveslilik:**

E10. Mükemmel bir ..... firmasının çalışanları müşterilere hizmetin tam olarak ne zaman verileceğini bildirir

E11. Mükemmel bir ..... firmasının çalışanları müşterilere hizmeti mümkün olan en kısa sürede verir

E12. Mükemmel bir ..... firmasının çalışanları müşterilere yardım etmek için her zaman istekli olur

E13. Mükemmel bir ..... firması çalışanları asla müşterilerin isteklerine cevap veremeyecek kadar meşgul olmaz

**Güven:**

E14. Mükemmel bir ..... firmasında çalışanların davranışları müşterilere güven verir

E15. Mükemmel bir ..... firmasında müşteriler, firma ile ilgili daima güven duygusu içindedirler

E16. Mükemmel bir ..... firmasının çalışanları müşterilere karşı daima naziktir

E17. Mükemmel bir ..... firmasının çalışanları müşterilerin sorularına cevap verebilecek bilgi seviyesindedir

### **Empati:**

E18. Mükemmel bir ..... firmasında müşterilere bireysel ilgi gösterilir

E19. Mükemmel bir ..... firmasında çalışma saatleri bütün müşteriler için uygun zaman dilimindedir

E20. Mükemmel bir ..... firması her müşterisiyle bireysel ilgilenecek çalışanlara sahiptir

E21. Mükemmel bir ..... firması müşterilerinin menfaatlerini her şeyin üstünde tutar

E22. Mükemmel bir ..... firması çalışanları müşterilerinin özel isteklerini anlar

### **Algılamalar Bölümü:**

#### **Fiziksel Özellikler:**

P1. XYZ firması teknolojiye uygun ve çağdaş donanıma sahip olmalıdır

P2. XYZ firmasının fiziki tesislerinin görünümü çekici olur

P3. XYZ firmasının çalışanları temiz ve şık görünümlü olur

P4. XYZ firmasında hizmetle alakalı malzemeler düzgün görünüşlüdür

**Güvenilirlik:**

P5. XYZ firması, bir işi ne zaman yapacağını vaat ediyorsa o zamanda yerine getirir

P6. Müşteriler bir sorun yaşadığında, XYZ firması problemi çözmek için samimi bir çaba gösterir

P7. XYZ sunduğu hizmetleri ilk seferinde tam olarak yapar

P8. XYZ firması hizmetlerini söz verdiği zamanda gerçekleştirir

P9. XYZ firması, kayıtların doğru olarak tutulmasında titizdir

**Heveslilik:**

P10. XYZ firmasının çalışanları müşterilere hizmetin tam olarak ne zaman verileceğini bildirir

P11. XYZ firmasının çalışanları müşterilere hizmeti mümkün olan en kısa sürede verir

P12. XYZ firmasının çalışanları müşterilere yardım etmek için her zaman istekli olur

P13. XYZ firması çalışanları asla müşterilerin isteklerine cevap veremeyecek kadar meşgul olmaz

**Güven:**

P14. XYZ firmasında çalışanların davranışları müşterilere güven verir

P15. XYZ firmasında müşteriler, firma ile ilgili daima güven duygusu içindedirler

P16. XYZ firmasının çalışanları müşterilere karşı daima naziktir

P17. XYZ firmasının çalışanları müşterilerin sorularına cevap verebilecek bilgi seviyesindedir

### **Empati:**

P18. XYZ firmasında müşterilere bireysel ilgi gösterilir

P19. XYZ firmasında çalışma saatleri bütün müşteriler için uygun zaman dilimindedir

P20. XYZ firması her müşterisiyle bireysel ilgilenecek çalışanlara sahiptir

P21. XYZ firması müşterilerinin menfaatlerini her şeyin üstünde tutar

P22. XYZ firması çalışanları müşterilerinin özel isteklerini anlar

### **Puan Dağıtımı Bölümünde ise:**

Firmalar ve ... firmalarının hizmetlerine yönelik beş özellik sıralanır. Bir firmanın kalitesini değerlendirirken bu özelliklerin her birinin anket yanıtlayıcısı için ne kadar önem taşıdığını saptanır. Bir ... firmasının taşıması gereken özellikleri değerlendirerek, anket yanıtlayıcısı için taşıdığı önem derecesine göre, her özelliğin puanını, toplam puan 100'ü geçmeyecek şekilde yanına yazmaları istenir (Parasuraman, Berry, Zeithaml, 1991: 449):

|    |                                                                                                | PUAN       |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 1. | ... firmasının fiziki tesislerinin, malzemelerinin, çalışanların ve donanımının görünümü       |            |
| 2. | ... firmasının taahhüt edilen hizmeti güvenilir ve doğru bir şekilde yerine getirme kabiliyeti |            |
| 3. | ... firmasının müşterilere yardım etme ve tam hizmet sağlama konusundaki istekliliği           |            |
| 4. | ... firması çalışanlarının bilgi ve nezaketi ile güven telkin edebilme kabiliyeti              |            |
| 5. | ... firmasının müşterilerine sağladığı kişisel ilgi ve dikkat                                  |            |
|    | <b>TOPLAM</b>                                                                                  | <b>100</b> |

## **b. SERVQUAL'in Uygulanması**

Değerlendirmede, her bir cümle için hizmeti kullanan tarafından beklenen hizmet için verilen puan ile algılanan hizmet için verilen puan arasındaki fark alınır. Bir başka deyişle bir 5. Fark puanı ya da SERVQUAL puanı hesaplanır. Hizmet kalitesi boyutları ile ilgili ortalama SERVQUAL puanı hesaplanır. Her boyut için ortalama SERVQUAL puanı iki aşamada hesaplanır (Saat; 1999: 114):

1. Her müşteri için boyutlara ilişkin ifadelerin SERVQUAL puanları toplanır ve boyutları oluşturan cümle sayısına bölünür.

2. 1. Aşamada N sayıdaki müşteri için elde edilen puanlar müşteri sayısı olan N'ye bölünür.

Beş boyut için yukarıdaki şekilde hesaplanan SERVQUAL puanlarının da ortalamaları alınabilir. Diğer bir deyişle, bunlar toplanarak beşe bölünebilir. Elde edilen bu genel ölçü ağırlıklandırılmamış SERVQUAL puanlarıdır. Bunun nedeni müşterilerin çeşitli boyutlara verdikleri önemi dikkate almamasıdır. Ağırlıklandırılmış SERVQUAL puanının hesaplanması dört aşamada gerçekleştirilir:

1. Her müşteri için beş boyutun her birine ilişkin ortalama SERVQUAL puanı hesaplanır.

2. Her müşteri için 1. Aşamada elde edilmiş olan her boyutun SERVQUAL puanı, müşteri tarafından o boyuta verilen önem derecesinin ağırlığıyla çarpılır (Önem ağırlığı müşterinin o boyuta verdiği puanların 100'e bölünmesiyle elde edilir).

3. Her müşteri için 2. Aşamada beş boyuta ilişkin olarak elde edilen ağırlıklandırılmış SERVQUAL puanları toplanarak birleşik bir ağırlıklandırılmış SERVQUAL puanı hesaplanır.

4. 3. Aşamada N sayıdaki müşteri için hesaplanan puanlar toplanır ve toplam N'ye bölünür.

Bu hesaplama da görüldüğü gibi SERVQUAL kullanılarak elde edilen veriler, her cümle(ifade) çifti her boyut ya da tüm boyutlar için farklı ayrıntı düzeyinde hizmet-kalite farkını hesaplamak için kullanılabilir. Bir işletme çeşitli fark puanlarını hesaplayarak müşterilerin algıladığı genel hizmet kalitesini ölçmekle kalmaz, aynı zamanda kaliteyi iyileştirme çabalarında temel alacağı önemli boyutları ve bu boyutların çeşitli yönlerini de belirleyebilir (Saat, 1999: 114-115).

### **c. SERVQUAL'e Getirilen Eleştiriler**

SERVQUAL Analizi, yalın ve esnek yapılanmasıyla yaygın kullanıma uygun olmasına rağmen bazı noktalarda eleştirilmiştir. Carman'a göre Parasuraman ve arkadaşlarının hizmet kalitesi boyutları tüm hizmetlerde uygulanabilecek kadar genel değildir. Beş adet boyuta daha farklı boyutlar eklenmelidir. Carman bazı hizmet işletmelerine ilişkin bilgileri kullanarak, tüm durumlar için yalnızca heveslilik, soyut değerler ve güvenilirlik boyutlarının görüldüğünü ancak diğer iki boyutun faktör yapısında farklılıklar olduğunu belirlemiştir. Fakat bu farklılıklar faktörleri geçersiz kılacak kadar büyük ölçülerde olmayıp, yalnızca ölçeğin kullanımı sırasında dikkat edilmesini gerektirecek bir yapıya sahiptir (Saat, 1999: 115).

Carman, SERVQUAL ölçeğinin hem beklentileri, hem de algılamaları ölçme özelliğini de diğer bir sorun olarak görmektedir. Yaptığı literatür çalışmasında Carman, çok az sayıda teorik ya da ampirik kanıtın, hizmet kalitesini ölçmek için beklenti-algılama farkının temel olarak alınmasını desteklediği sonucuna ulaşmıştır. Carman, müşterilerin, beklenti sorularını hizmeti almadan önce, algılama sorularını hizmeti aldıktan sonra cevaplandırabilmelerinin tüm hizmet işletmeleri için mümkün olmadığını öne

sürmektedir. Beklentilerin hizmet aldıktan sonra sorulmasının da beklentilerin hizmetle ilgili algılamalar sonucunda etkilenebileceğinden, yanlış olduğunu düşünmektedir (Akça, 2003: 64).

Babakus ve Boller, SERVQUAL boyutlarının hizmetten hizmete değişmesi gerektiğini, soruların pozitif ve negatif olmak üzere karışık bir şekilde sorulmasının faktör analizi sonucunu olumsuz etkilediği ve hizmet kalitesinin beklenti-algılama arasındaki fark olarak tanımlanmasının teorik olarak makul olmasına rağmen uygulamada sorun yarattığı sonuçlarına ulaşmışlardır (Babakus ve Boller, 1992: 9-26).

SERVQUAL'e getirilen eleştiriler sonucunda Parasuraman, Zeithaml ve Berry 1991 yılında ölçeği tekrar ele almış ve ölçeğin iki orijinal unsuru, iki yeni unsurla değiştirilmiş, ölçekteki negatif ifadeler hem yanıtlayıcılar tarafından anlaşılması, hem de faktör analizinde hatalar ortaya çıkmasından dolayı pozitif ifadelerle değiştirilmiştir. Aynı zamanda beklentiler bölümündeki ifadelerin söylenişlerinde de değişiklikler yapılmıştır. Ayrıca araştırmaya beş boyutun müşteriler için görece önemini ölçen üçüncü bir bölüm konmuştur (Parasuraman, Berry, Zeithaml, 1991: 420-450).

Hizmet kalitesinin bir farklılık puanı olarak kavramsallaştırılmasındaki sorunları vurgulayan Brown, Churchill ve Peter alternatif bir ölçüm önermişlerdir. Bu alternatif yöntemin olumlu psikometrik özellikleri olduğunu belirterek bu yöntemin SERVQUAL'den daha verimli olduğunu belirtmişlerdir. Bu arada Cronin ve Taylor, Parasuraman ve arkadaşlarının vardığı sonuçlara birkaç yönden eleştiri yöneltmişlerdir. Bu eleştirilerden birincisinde beklentiler-performans farkının hizmet kalitesinin ölçümünde temel olduğu şeklindeki tezi destekleyecek çok az kanıt olduğunu öne sürmüşler ve hizmet kalitesinin ölçümünde basit performans ölçülerinin üstünlüğünü gösteren çok sayıda çalışmaya değinmişlerdir. Bu amaçla SERVQUAL'in bir versiyonu olan SERVPERF'i test etmişler ve geliştirmişlerdir, ikinci olarak hizmet kalitesinin etkinliği, müşteri tatmini ve satın alma amaçları konusunda çok az araştırma olduğunu söyleyerek bu üçü arasındaki nedensel ilişkilerin varlığını

gösteren pek kanıt olmadığını ifade etmişlerdir ve ayrıca hizmet kalitesinin müşterilerin satın alma niyetini etkilemede yetersiz olduğunu belirtmişlerdir (Saat, 1999: 115).

SERVQUAL ölçeğine karşı yapılmış olan olumsuz değerlendirmelerin sonucunda Parasuraman, Zeithaml ve Berry yazmış oldukları bir makalede, ortaya atmış oldukları modeli savunmuşlar ve daha önce yapmış oldukları çalışmaların bu modeli kavramsal ve deneysel olarak desteklediğini öne sürmüşlerdir ve SERVQUAL ile ilgili hiçbir yanlış noktanın bulunmadığını savunmuşlardır (Parasuraman, Zeithaml & Berry, 1994; 111–121).

### **2.3. SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE**

Sağlık hizmetlerinde kalite, bu alanda müşteri sınıflamasına giren tüm tarafların memnuniyeti ya da en basit tanımı ile “doğru, tam ve zamanında, en düşük maliyetle verilen sağlık hizmeti ile hastanın memnun ayrılmasını sağlamak” olarak tanımlanabilir (Pakdil, “Hastanelerde Sürekli Performans İyileştirme Sürecinin Kalite Maliyetlerine Odaklanması ve Bir Ölçüm Modeli Önerisi”, [www.baskent.edu.tr](http://www.baskent.edu.tr), erişim 5 Mayıs 2008).

İyileştirme ihtiyacının yüksek olduğu bir organizasyonel yapı içinde sağlık hizmetlerinde kalite, hizmet performansının seviyesini tayin eden önemli kriterlerdendir. Sağlık endüstrisinde hizmet kalitesinin stratejik önemi açıktır. Literatür, sağlık endüstrisinde sürdürülebilir rekabet avantajının hizmet kalitesi ve müşteri tatmini ile elde edilebileceğini göstermektedir (Jun, Peterson, Zsidisin, 1998: 82). Kaynakların daha ekonomik ve verimli kullanımının zorunluluğu ile birlikte, sağlık tüketicilerinin kaliteye ilişkin beklentilerinin gelişmesi, kalitenin önemini artırmış, tüketicinin kalite algısı, hizmeti sunanların başarı düzeyini belirleyen önemli bir faktör haline gelmiştir

(Bowers, Swan, Koehler 1994: 49). Sağlıkta kalite, sağlık hizmetlerinin bireyler ve toplumlar için istenilen sağlık çıktılarına ne derece ulaşıldığının bir göstergesidir ve uzmanın bilgisi ile uyumludur (Palmer, 1997: 305).

### **2.3.1. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Kavramının Tarihsel Gelişimi**

Literatürde, sağlık hizmetlerinde kalite iyileştirmenin ne zaman başladığı konusunda farklı görüşler bulunmaktadır. Tarihçilerin kullandığı zaman süreleri 30 yıldan 3000 yıla kadar uzanmaktadır. (Kaya, 2005: 17).

Ellis ve Whittington, Eski Mısır, Asur, Çin, Yunanistan ve Roma'da iyi niteliklere sahip değişik uygulama geleneklerinin olduğunu belirtmektedirler. Yunan ve Roma dönemlerinde hekimler için yazılı mesleki davranış kurallarına rastlanmakta ve bunların bir kısmı (Hipokrat Yemini gibi) hizmet sunanlar için bu gün de referans noktasıdır. Fine ve Meyer de organize edilmiş kalite sistemlerinin sürekliliğinin sağlanması ile birlikte, eski çağlarda yaratılan kalite değerlendirme ve geliştirmede karşı karşıya kalınan sorunları ortaya çıkarmışlardır. Sağlık hizmeti sunumunda kalite kavramının sistematik değerlendirmesi yeni değildir (Graham, 1995: 16-17).

M.Ö. beşinci yüzyılda Hipokrat'ın yazılı mesleki davranış kuralları, M.Ö. 2000'de Mısır papirüslerinde belgelenen tıbbi uygulama standartları, M.Ö. 1100'de Chou hanedanının, doktorların mesleğini uygulamaya başlamadan önce bir sınavı geçmelerini istemesi ve doktorlara yapılan ödemeleri hasta sonuçlarına göre belirlemesi, M.S. 1000'de İran'da tıbbi uygulama yapan herkesin bilgisinin sınavla değerlendirilmesinin istenmesi, uzak geçmişteki önemli gelişmelerden bazılarıdır (Kaya, 2005: 17-18).

Bazı tarihçiler, genellikle hemşireler, kaliteyi anlatmaya modern profesyonel hemşireliğin kurucusu olan Florence Nightingale ile başlar (Kaya, 2005: 18). Nightingale, Kırım Savaşı'nda (1854-1856) savaş hastanelerinde

hastalara gıda sunumu, temizlik ve enfeksiyon kontrolünü başlatarak ölüm oranının %43'ten %2'ye düşürerek önemli bir katkı sağlamıştır (Stiles, Mick, 1994: 310).

Tarihçilerin çoğu, sağlık hizmetlerinde kalitenin tarihçesine Dr. Ernest A. Codman ile başlar. Codman fikirlerini şöyle özetlemiştir: “Sağduyu, her hastanenin tedavi ettiği her hastayı tedavinin başarılı olup olmadığı belirleninceye kadar izlemeyi, eğer başarılı olmamışsa, gelecekte benzer başarısızlığı önlemek için bunun nedenlerini araştırmayı gerektirir”. Codman, doktorlar ve hastane tarafından verilen klinik bakımın hem sürecini hem de sonuçlarını incelemiştir. Kalite değerlendirmede şimdiki kalite güvencesi modelini destekleyenler gibi, üç amaçla göstergeleri incelemiştir: (1) sorunların hastayla mı, sistemle mi, yoksa kliniklerle mi ilgili olduğunu belirlemek, (2) her bir göstergenin hangi sıklıkta oluştuğunu değerlendirmek, (3) önlenabilir sorunların tekrarlanmaması için bu değişiklikleri değerlendirmek ve düzeltmek. Meslektaşı Franklin Martin, Codman'ın “nihai sonuç” sistemini yeni kurulmuş olan ACS'ye (American College of Surgeons) tanıtmış ve bu sistem ACS'nin geliştirdiği minimum hastane standartlarına temel oluşturmuştur. 38 yıl sonra ACS, ACP (American College of Physicians), AHA (American Hospital Association), AMA (American Medical Association) ve CMA (Canadian Medical Association) birleşerek JCAH'ı (Joint Commision on Accreditation of Hospitals) kurmuştur. JCAH (daha sonra 1952'de Joint Commision for Accreditation of Health Care Organizations-JCAHO ismini almıştır) hastane hizmetlerinin kalitesini değerlendiren, kâr amacı gütmeyen bir örgüttür (Kaya, 2005: 18–19).

1960 ve 1970'li yıllar formal kalite güvencesinin başlangıcı olarak düşünülmektedir. Bu dönemde kalite artık sadece profesyonelleri ilgilendiren bir konu olmaktan çıkıp, maliyetleri azaltmak ve kaliteyi iyileştirmek amacıyla, hükümet ve ödeme yapan üçüncü şahıslar için de önemli hale gelmiştir (Kaya, 2005: 19).

Sağlık hizmetleri sunumunda “kalite” 1990'larda müthiş bir meydan

okumadır. Nelson ve Goldstein'e göre sağlık hizmetleri kalitesi gelecek on yılda önemli bir pazarlama sorunu olacaktır. Kalite sorunlarına dikkati çeken bilim adamları, kalitenin tanımı ve ölçümü için yaklaşımlar geliştirme ve sağlık hizmeti sunulacak yer hakkında objektif kanıt ve hizmet kalitesi algılamalarına yoğunlaşmıştır (Lytle, Mokwa, 1992: 4).

Günümüzde de, gerek endüstri gerekse sağlık sektöründe kalitenin beşığı olan ABD başta olmak üzere pek çok ülkede maliyetlerin artması, teknolojiadaki hızlı gelişmeler ve artan tüketici beklentileri gibi nedenlerle kaliteli sağlık bakım hizmeti sunma kaçınılmaz bir sorumluluk olarak kabul edilmektedir (Özgen, 1995: 47).

### **2.3.2. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Kavramının Tanımlanması**

Uzmanlar yıllardır sağlık hizmetleri kalitesinin kısa, özlü, anlamlı ve genel olarak uygulanabilir bir tanımını yapmaya çalışmaktadır (Blumenthal, 1996: 24).

Aşağıda sağlık hizmetlerinde kalite kavramı konusunda literatürde sıklıkla rastlanan tanımlar açıklanmaktadır:

#### **2.3.2.1. Donabedian'ın Tanımı**

Avedis Donabedian'a göre kaliteli sağlık hizmeti, hizmet sürecinin bütün kısımlarındaki beklenen kazançlar ve kayıplar dengesi hesaba katıldıktan sonra, hastanın iyilik halinin kapsamlı bir ölçüsünü en üst düzeye çıkarması beklenen hizmettir (Donabedian, 1980: 5-6).

Donabedian'a göre sağlık hizmetlerinde kalitenin birbiriyle yakından ilişkili üç ögesi bulunmaktadır (Donabedian, 1989: 4, 1988: 1743-1744):

- a. Teknik hizmetin kalitesi
- b. Hizmetle ilgili herkes arasındaki kişiler arası ilişkinin iyiliği
- c. Hizmetin rahatlık ve konfor sağlayan yönleri

Donabedian'a göre tek tek veya çeşitli kombinasyonlarıyla ele alındıklarında kalitenin tanımını oluşturan sağlık hizmetlerinde kalitenin yedi özelliği bulunmaktadır (Donabedian, 1988: 1744-1745, 1980: 1115-1118, 2003: 4-15, Kaya, 2005: 5-12):

- a. **Etkenlik**, en uygun koşullar altında kullanıldığında, sağlık hizmetleri bilim ve teknolojisinin sağlıkta iyileştirmeler meydana getirme yeteneğidir. “En uygun koşulları” belirlemek mümkün olmadığında bunun yerine “belirli koşullar altında” terimi kullanılabilir.
- b. **Etkililik**, sağlıkta şimdi ulaşılabilir olan iyileştirmelere gerçekte ulaşma derecesidir. Bu, gerçek performans ile idealde ya da belirli koşullar altında sağlık hizmetleri bilim ve teknolojisinin ulaşması beklenebilen performans arasında karşılaştırma yapmayı gerektirir
- c. **Verimlilik**, sağlıkta ulaşılabilir iyileştirmeleri azaltmaksızın hizmet maliyetini azaltma yeteneğidir.
- d. **Optimallik**, sağlıktaki iyileştirmeleri, bu iyileştirmelerin maliyeti ile dengelemektir. Bu tanım, sağlık hizmetlerinin maliyetleri ve faydaları arasında “en iyi” ya da “optimum” bir nokta bulunduğu anlamına gelir. Bu noktanın altında, faydalara göre düşük maliyetle daha fazla fayda elde edilebilir, üzerinde ise faydalara göre çok daha fazla maliyetle ilave faydalar elde edilir.
- e. **Kabul Edilebilirlik**, hastaların ve ailelerinin isteklerine ve beklentilerine uygunluk olarak tanımlanır. Kabul edilebilirliğin beş ögesi vardır: erişilebilirlik, hasta-hizmet sunucusu ilişkisi, hizmetin rahatlık ve konfor sağlayan yönleri, hastaların hizmetin etkileri, riskleri ve maliyeti ile ilgili tercihleri ve hastaların adil ve hakkaniyetli olarak

düşündükleri şeyler.

- f. **Yasalılık**, etik prensipler, değerler, normlar, yasalar ve düzenlemelerle ifade edilen sosyal tercihlere uygunluk olarak tanımlanır. Kısaca “sosyal kabul edilebilirlik” olarak görülebilir.
- g. **Hakkaniyet**, bir toplumun üyeleri arasında sağlık hizmetlerinin ve faydalarının dağıtımında, doğru ya da adil olanı belirleyen prensibe uygunluk olarak tanımlanır. Hakkaniyet, hizmeti bireyler için kabul edilebilir ve sosyal olarak yasal hale getiren şeyin bir kısmıdır. Hakkaniyet kalitenin ayrı bir özelliği olacak kadar önemlidir.

Kalitenin tanımına bu kadar farklı özellik girdiğinden, bu özelliklerin her birine verilecek görelî öncelik ya da tanıma neyin dahil edilip neyin edilmeyeceği ve nereden başlanacağı merak edilebilir. Donabedian’a göre, bu soruya verilecek genel bir cevap yoktur. Cevap, değerlendirmenin yapılacağı durumlara, neyin amaca uygun olduğuna, kişinin neden sorumlu olduğuna veya neyi kontrol edebileceğine bağlıdır (Kaya, 2005: 12).

#### 2.3.2.2. Maxwell’in Tanımı

Kaliteyi tanımlamada altı boyuttan bahseden Maxwell’e göre bu boyutlar şunlardır (Maxwell, 1992: 172):

- Etkililik
- Kabul Edilebilirlik
- Verimlilik
- Erişilebilirlik
- Hakkaniyet
- Uygunluk

### **2.3.2.3. Ovretveit'in Tanımı**

Ovretveit'e göre sağlık hizmetlerinde kalitenin üç boyutu bulunmaktadır (Ovretveit, 1998: 4, 162-164, Kaya, 2005: 13-14):

- Müşteri Kalitesi
- Profesyonel Kalite
- Yönetim Kalitesi

### **2.3.2.4. Amerikan Tabipler Birliğinin Tanımı**

Amerikan Tabipler Birliği (American Medical Association) 1984 yılında yüksek kaliteli hizmeti şu şekilde tanımlamıştır: “Yaşam kalitesini ve/veya süresini iyileştirmeye veya sürdürmeye sürekli olarak katkıda bulunan hizmet” (Kaya, 2005: 14)

### **2.3.2.5. ABD Tıp Enstitüsünün Tanımı**

ABD Tıp Enstitüsü tarafından 1990'da ifade edilen tanıma göre sağlık hizmetlerinin kalitesi “bireylere ve topluma sunulan sağlık hizmetlerinin, arzulanan sağlık sorunlarına ulaşma olasılığını artırma ve şimdiki profesyonel bilgiyle tutarlı olma derecesidir” (Kaya, 2005: 15).

### 2.3.2.6. Diğer Tanımlar

Sağlık hizmetlerinde kalite, bu alanda müşteri sınıflamasına giren tüm tarafların memnuniyeti ya da en basit tanımı ile “doğru, tam ve zamanında, en düşük maliyetle verilen sağlık hizmeti ile hastanın memnun ayrılmasını sağlamak” olarak tanımlanabilir (Pakdil, Hastanelerde Sürekli Performans İyileştirme Sürecinin Kalite Maliyetlerine Odaklanması ve Bir Ölçüm Modeli Önerisi, [www.baskent.edu.tr](http://www.baskent.edu.tr), erişim 5 Mayıs 2008).

Çoruh’a göre sağlıkta kalite, doğru tanının gecikmeden konmasıdır. Burada etkili olan faktörler de tanıyı koyacak sağlık personelinin eğitimi, yardımcı dalların, doğru neticeyi kısa sürede en ucuza üretmeleri, verileri doğru yorumlamaları ve hizmetin karşılığını ödeyen kurumların bekleneni aldığını doğrulamasıdır (Çoruh, 1994: 33) .

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).

Sağlık açısından değerlendirildiğinde kalite, hasta beklentilerinin karşılanması ve bunun ötesine geçerek sunulan hizmetin uzun süreli bir memnuniyet yaratması anlaşılabilir. Burada hasta beklentisinin ne olduğu önem kazanmaktadır. Hastaların, ne tür bir tıbbi bakım alması gerektiği ile ilgili tercih ve değerlendirme yapma olanağı, diğer hizmetlere oranla yok denecek kadar azdır. Hasta yalnızca bakım çevresi ve sağlık profesyonellerinin davranış biçimleri hakkında bir değerlendirme yapabilmektedir. Sadece bu değerlendirmelere dayalı olarak kalite ölçümü yapmak, yanıltıcı sonuçlar verebilir (Kavuncubaşı, Esatoğlu, 1998: 270). Örneğin, hastaların beklentileri çok düşük ise, bu beklentilerinin karşılanması, verilen hizmetin kaliteli olduğu anlamına gelmemektedir (Kavuncubaşı, 2000: 270).

Klasik görüŖe göre sağlık hizmetlerinde kalite; sağlık hizmetleri sisteminin çeŖitli öğelerinin standartlara uygunluk ya da mükemmellik derecesi olarak tanımlanmaktadır (Özalp, Ŗahin, Ünlüoğlu, 2000: 244).

JCAHO tarafından, 1990 yılında, hasta bakımında kalite; mevcut bilgi dahilinde, hasta bakım hizmetlerinin arzulan hasta çıktılarının olasılığını artırma ve arzulanmayan hasta çıktılarının olasılığını azaltma derecesi olarak tanımlanmıŖtır. Ancak, günümüz sağlık bakım çevresi ve diğer hizmet organizasyonlarında bu kalite tanımının yetersiz olduğu düşünölmektedir. Tanımın, hastaların bakıŖ açısını, yani hizmetten faydalananların görüŖlerini ihmal ettiği ileri sürölmektedir (Omachonu, 1991: 34-35).

### **2.3.3. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetim Sistemleri**

Kalite kontrol ve güvence genel düşünceŖi 1950'deki üretim durgunluğunda Dr. Deming'in istatistiksel metotlar konusundaki çalıŖmaları ile ve 1954'te Dr. Juran'ın kalite yönetimi konusundaki katkılarıyla olmuŖtur. Kalite, Ŗirketlerde çalıŖanların güvenliğinin devamı, sosyal sorumluluğa katkısı, müŖteri tatmini, güçlü üst yönetimin liderliğinde yüksek rekabetlerin oluŖması ve görev bilincine yol açtığı için hiçbir zaman Ŗirketler (kurumlar) tarafından göz ardı edilemez (Kabukçuoğlu, Angün, Doğan, Köroğlu, Ŗahin: 2000, 36).

Tüketicilerin satın almıŖ oldukları her mal ve hizmet konusunda uzman olması beklenemez. Bu yüzden satın alınan mal ve hizmetin bir Belgelendirme KuruluŖu tarafından belgelendirilmiŖ olması aranır. Burada belgelendirme,"tanımlanmıŖ bir ürün, iŖlem veya hizmetin belirli bir standart veya ayrı bir dokümana göre yeterli uygunlukta olduğunun bağımsız bir merci tarafından teŖvik edilmesi faaliyeti" olarak tanımlanmaktadır (Sağmanlıgil:

“Uluslar Arası Kalite Belgeleri”, (Erişim) 30 Mart 2006, [www.sitetky.com](http://www.sitetky.com), s.1).

Günümüzde yaşanan hızlı değişim ve gelişime uyum çabası, rekabet ortamı ve mevcut ekonomik koşullar Toplam Kalite Yönetimi(TKY) olgusunu gündeme getiren faktörler olarak değerlendirilmektedir. Sağlık hizmetlerinde ise; hasta hakları, etik, sağlık hizmetlerinin planlanarak uygulanması, çalışanların motivasyonu, hizmet alanların ve paydaşların tam memnuniyetinin izlenmesi ve ölçülmesi, sonuçların dikkate alınması ve kalite yönünden sunulan hizmetlerin değerlendirilmesi, kalite yönetimi anlayışı ile mümkün olabilecek beklentiler olarak ön plana çıkmaktadır. Sağlık alanında hastaların bilgi düzeyinin ve beklentilerinin artması TKY konusunun önemini artırmaktadır(<http://www.saglik.gov.tr/extras/pdf/saglikhizmetlerindekaliteyone> timi.pdf, erişim 5 Temmuz 2008).

Kalite, sağlık sektöründe farklı paydaşlar için farklı anlamlar içermektedir. Kaliteyi sisteme hakim 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). Sağlık sektöründe hizmeti talep edenlerin belirleyiciliği ön plana çıkmakta ve kalite yönündeki talepleri sektörün yapısal olarak değişmesine neden olmaktadır (Kunst ve Lemmink: 2000, 1125).

Sağlık bakım hizmetlerinde kalite özelliklerinin ölçülmesi zordur. Bu yüzden başlangıçta daha çok yapı üzerinde durulmuştur. Kalitenin; personel, araç, gereç ve malzemeyle, diğer olanaklar ve bunların özellikleri ölçülmeye çalışılmış; böylece kaliteli sağlık bakım hizmeti verilebileceği düşünülmüştür. Ancak; sağlık bakım hizmetlerinin de bir üretim ve dolayısıyla bir süreç olduğunun kabul edilmesiyle birlikte, yapısal özelliklerinin yanı sıra hizmetin üretim sürecine ilişkin özellikleri de belirlenmeye başlanmıştır. Yine de bu yaklaşım daha çok çıktıları üzerinde yoğunlaşmıştır. Genel ya da hastalığa özgü hizmetler ve görevler için nitel ölçütler geliştirilmiştir. Böylece; hastalık

oranları, ameliyat sonrası komplikasyon oranı, yatak sayısı ve yatak işgal oranı gibi oranlar ölçülerek kalite değerlendirilmeye çalışılmıştır (Sarvan ve Berk: 1995, 15).

Örgüt olarak hastaneler karmaşık bir sosyal sistem olup, en önemli girdileri hastalar, temel çıktısı ise hasta bakımındır. Temel çıktısı –üretimi- olan hasta bakım hizmetlerini mümkün olan en az maliyetle ve en yüksek kalite düzeyinde sunmayı amaçlayan hastanelerde, kalite kontrol olayının temel inceleme alanı, değerlendirme zorluklarına rağmen, hasta bakım hizmetleridir (Ersoy: 1993, 68).

Sağlık kurumları, geçmişe oranla rekabetin daha yoğun olduğu bir ortamda çalışmaktadırlar. Bu kurumlarda çevresel baskılara yanıt vermek, rekabette üstünlük sağlamak, önemli değişimleri başarmak, maliyetleri aşağı çekmek ve verimliliği artırmak amacıyla performans ölçümü ve kalite geliştirme çalışmaları başlatılmıştır. Kurumsal kaliteyi geliştirmeye yönelik olarak tanımlanmış olan yaptırımların bir kısmı uluslararası kabul görmüş hastane kalite ölçütlerini kapsamaktadır (Aslantekin, Göktaş, Uluşen, Erdem, 2007: 58).

Sağlık bakım hizmetlerinin özelliklerinden dolayı, kalite kontrolü sağlık sektöründe uygulanamayan bir yaklaşımdır. Bu nedenle sağlık bakım hizmetlerinde kalite sağlama kavramı kalite güvencesi adı altında başlamış ve sağlık sistemiyle bütünleşmiştir (Sarvan, Berk: 1995, 16).

Kalite güvence sistemi genel olarak; kurumda çeşitli departmanların gösterdiği kaliteyi geliştirme, koruma, iyileştirme, talep edenlerin tam beğenisini kazanma ve ekonomik düzeyde bir hizmet sunmayı amaçlayan çabaların birleşimidir. Kalite güvencesi geniş anlamda “kaliteyi sistematik olarak incelemeyi ve düşük kaliteyi önlemeyi amaçlayan herhangi bir faaliyet” anlamında kullanılmakta ve Avrupa’daki ülkelerin çoğunda uzun bir geçmişe sahiptir (Aslantekin, Göktaş, Uluşen, Erdem, 2007: 59).

Son yıllarda “sağlık hizmetlerinde kalite” kavramının, dünyada olduğu gibi ülkemizde de daha sık telaffuz edilmeye başlanması ve bu doğrultuda, sağlık kuruluşlarının (özellikle hastanelerin) kaliteyi belgeleme yolundaki çaba ve girişimleri, sektörün kaliteyi tanımlama ve kanıtlama gereksiniminin belirgin bir dışavurumudur (Türköz, “Türk Hastanelerine Özgü Bir Kalite Modeli Oluşturulabilir Mi?” (Erişim) [www.merih.net](http://www.merih.net), 6 Temmuz 2008).

Hastane işletmeleri tarafından yaygın olarak tercih edilen kalite belgelendirme sistemlerinden ISO 9000, EFQM Mükemmellik Modeli ve JCAHO Akreditasyon Standartları aşağıda açıklanmıştır:

#### **2.3.3.1. ISO 9000**

ISO, 1947 yılında kurulan ve yaptığı standardizasyon çalışmaları sonucu sanayiye, ticarete ve tüketicilere katkılar sağlayan Uluslararası Standart Organizasyonudur (International Organization for Standardization). ISO 9000 standartları Türkiye’de TS-EN-ISO 9000 serisi standartları olarak uygulanmakta olup, ülkemizde ISO standartları çerçevesinde kalite güvence belgelemesi yapmaya yetkili kuruluş Türk Standartları Enstitüsü’dür (Erişim 06.07.2008, <http://www.tse.org.tr/Turkish/KaliteYonetimi/9000bilgi.asp>).

ISO sistem yaklaşımı, müşterinin ihtiyaç ve beklentilerini kusursuz olarak karşılamayı kalite politikası olarak belirlemektedir. Kaliteli bir ürün/hizmet sunumu için müşterinin tatmin edilmesini odak noktası olarak almaktadır. Amaca ulaşmak için çalışan tüm personelin değer yargılarında bir kültür birliği içinde olmaları hedeflenmektedir. Nitelikli bir ürün/hizmet sonucu elde etmek için önerilen sistem yapısında, kaliteyi etkileyen süreçlerin detaylı olarak belirlenmesi, çalışanların yetki ve sorumluluklarıyla birlikte dokümante edilmesi gerekmektedir. Proses faaliyet akışı içinde önceden belirlenen

kontrol aşamalarında eksiklik ve hatalar saptanmakta, düzeltme ve iyileştirme faaliyetleri sürdürülmektedir. Kullanılan ölçüm cihazlarının periyodik aralıklarla kalibrasyonu ve çalışanların uygun bir ortam içinde iş görmeleri sistemin başarılı çalışması için aranılan diğer özelliklerdir. Yönetimde yatay bir yapılaşma, iletişimde dikey bir bilgi akışı vardır (Çoruh, “Kaliteli Sağlık Hizmeti Sunumunda ISO-9000 ve JCAHO Uygulama Yaklaşımı Özellikleri”, [www.merih.net](http://www.merih.net), erişim 06 Temmuz 2008).

Bir kalite güvence sistemi olarak sunduğu pek çok avantaja karşın, ISO 9000’in 1994 yılında yayınlanan modelinde, standartlar hizmet sektörüne yönelik olarak oluşturulmadığından, hizmet üretim ve sunum süreçlerinin tamamını kapsamamaktadır. Ayrıca standartlar, tıbbi sonuçların kalitesini doğrudan kontrol etmek için yeterli değildir. Sistem, düzeltici ve önleyici faaliyetleri zorunlu kıldığı ancak sürekli iyileştirmeyi zorunlu kılmadığı için standartlara bir kez tam uygunluk sağlamak, belgenin devamı için yeterli sayılmaktadır. Karşılaşılan bu dezavantajlar, avantajların etkisini azalttığından, bunları kompanse edecek yeni bir sisteme ihtiyaç duyulduğu bir gerçektir. ISO, 1994 yılında yayınlamış olduğu ISO 9000 standartlarının, EFQM Mükemmellik Modeli’ne uygun olarak yenilenmesine karar vermiş ve ek yükümlülükler getirilmiştir. Ortaya çıkan yeni modele, "ISO 9001:2000 Kalite Yönetim Sistemleri" adı verilmiştir. Revize edilen standartların getirdiği yenilikler arasında, hizmet sektörünün de kapsanması, müşteri gereksinimlerinin belirlenmesi ve karşılanmasının bir zorunluluk haline getirilmesi, ölçüm, analiz ve sürekli iyileştirme fonksiyonlarının, hem kalite sistemi hem de süreç ve hizmet performansını içine alacak şekilde ana maddelerden birini oluşturacak derecede önem kazanması gibi farklılıklar sayılabilir (Türköz, “Türk Hastanelerine Özgü Bir Kalite Modeli Oluşturulabilir mi” [www.merih.net](http://www.merih.net), erişim 6 Temmuz 2008).

ISO 9000, sorunların gerçek nedenlerini derinlemesine incelemekte ve bu sorunların göz ardı edilmesini önlemede etkili olmaktadır. Yapılan iç ve dış kontroller kalite sisteminin bütün çalışanlar tarafından izlenmesini temin eder.

Bu da firma yöneticilerine güvenlik ve kalitenin korunduğuna dair güven verir. Bunun neticesinde müşterilere daha kaliteli üretim ve hizmet sunulması imkânı yöneticilere verilmiş olur (Dağlıoğlu ve Demirci, 1995: 107).

ISO 9000 standardı, birbirini tamamlayan dört temel standarttan oluşmaktadır. Bunlar ([www.tse.org.tr](http://www.tse.org.tr), erişim 6 Mayıs 2008):

- ISO 9000:2000 Kalite Yönetim Sistemleri-Temel Kavramlar, Terimler
- ISO 9001:2000 Kalite Yönetim Sistemleri-Şartlar
- ISO 9004:2000 Kalite Yönetim Sistemleri-Performansının İyileştirilmesi İçin Kılavuz
- ISO 19011:2000 Kalite ve Çevre Tetkiki İçin Kılavuz

**Tablo 5: ISO–9001 Standartları**

|                                     |                                                                 |
|-------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| 4.1. YÖNETİM SORUMLULUĞU            | 4.6.4.1. Taşeronun Mahallinde Yapılan Tedarikçi Doğrulaması     |
| 4.1.1. Kalite Politikası            | 4.6.4.2. Satın Alınan Ürünlerin Müşteri Tarafından Doğrulanması |
| 4.1.2. Organizasyon                 | 4.7. MÜŞTERİNİN TEMİN ETTİĞİ ÜRÜNÜN KONTROLÜ                    |
| 4.1.2.1. Sorumluluk ve Yetki        | 4.8. ÜRÜN TANIMI VE İZLENEBİLİRLİĞİ                             |
| 4.1.2.2. Kaynaklar                  | 4.9. SÜREÇ KONTROL                                              |
| 4.1.2.3. Yönetim Temsilcisi         | 4.10. MUAYENE VE DENEY                                          |
| 4.1.3. Yönetimin Gözden Geçirilmesi | 4.10.1. Genel                                                   |
| 4.2. KALİTE SİSTEMİ                 | 4.10.2. Girdi Muayene ve Deneyleri                              |
| 4.2.1. Genel                        | 4.10.3. Süreç Sırasında Muayene ve Deneyler                     |
| 4.2.2. Kalite Sistemi Prosedürleri  | 4.10.4. Son Muayene ve Deneyler                                 |
| 4.2.3. Kalite Planlaması            | 4.11. MUAYENE, ÖLÇME VE DENEY TEÇHİZATININ KONTROLÜ             |
| 4.3. SÖZLEŞMENİN GÖZDEN GEÇİRİLMESİ | 4.11.1. Genel                                                   |
| 4.3.1. Genel                        | 4.11.2. Kontrol Süreci                                          |
| 4.3.2. Gözden Geçirme               | 4.12. DENETİMİN İZLENMESİ VE                                    |

|                                         |                                                               |
|-----------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
|                                         | DEĞERLENDİRME DURUMU                                          |
| 4.3.3. Sözleşmede Değişiklik            | 4.13. UYGUN OLMAYAN ÜRÜN KONTROLÜ                             |
| 4.3.4. Kayıtlar                         | 4.13. 1. Genel                                                |
| 4.4. TASARIM KONTROLÜ                   | 4.13.2. Uygun Olmayan Ürünün İncelenmesi ve Elden Çıkarılması |
| 4.4.1. Genel                            | 4.14. DÜZELTİCİ VE ÖNLEYİCİ FAALİYETLER                       |
| 4.4.2. Tasarım ve Geliştirme Planlaması | 4.14.1. Genel                                                 |
| 4.4.3. Kuruluşla İlgili ve Teknik İşler | 4.14.2. Düzeltici Faaliyetler                                 |
| 4.4.4. Tasarım Girdileri                | 4.14.3. Önleyici Faaliyetler                                  |
| 4.4.5. Tasarım Çıktıları                | 4.15. TAŞIMA, DEPOLAMA, AMBALAJLAMA, MUHAFAZA VE SEVKİYAT     |
| 4.4.6. Tasarımın Gözden Geçirilmesi     | 4.15.1. Genel                                                 |
| 4.4.7. Tasarımın Doğrulanması           | 4.15.2. Taşıma                                                |
| 4.4.8. Tasarım Geçerliliği              | 4.15.3. Depolama                                              |
| 4.4.9. Tasarım Değişiklikleri           | 4.15.4. Ambalajlama                                           |
| 4.5. DOKÜMANTASYON VE VERİ KONTROLÜ     | 4.15.5. Muhafaza                                              |
| 4.5.1. Genel                            | 4.15.6. Sevkiyat                                              |
| 4.5.2. Doküman ve Veri Onayı ve Yayımı  | 4.16. KALİTE KAYITLARININ KONTROLÜ                            |
| 4.5.3. Doküman ve Veri Değişiklikleri   | 4.17. KURULUŞ İÇİ KALİTE TETKİKLERİ                           |
| 4.6. SATIN ALMA                         | 4.18. EĞİTİM                                                  |
| 4.6.1. Genel                            | 4.19. SERVİS                                                  |
| 4.6.2. Taşeronların Değerlendirilmesi   | 4.20. İSTATİSTİKİ TEKNİKLER                                   |
| 4.6.3. Satın Alma Verileri              |                                                               |
| 4.6.4. Satın Alınan Ürünün Doğrulanması |                                                               |

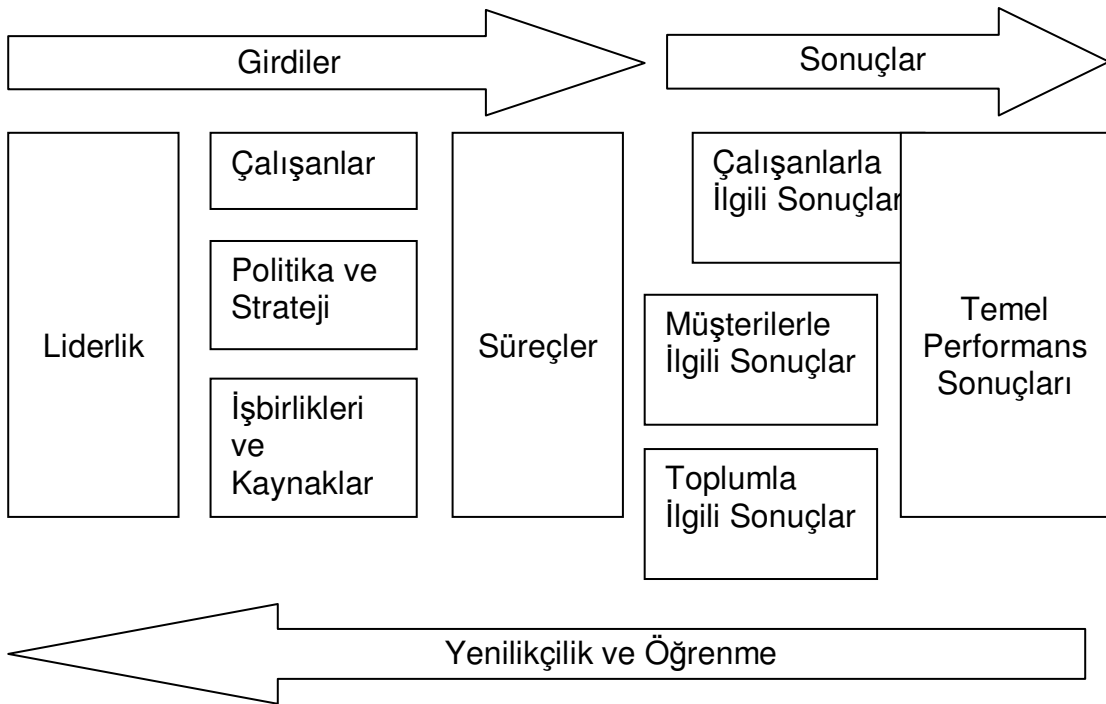
(Kaynak: Çoruh, 1998:5)

### 2.3.3.2. EFQM Mükemmellik Modeli

EFQM (European Foundation for Quality Management-Avrupa Kalite Yönetim Vakfı), 1988 yılında Avrupa'nın önde gelen 14 şirketi tarafından "Avrupa'da sürdürülebilir mükemmelliğin itici gücü olma" misyonu ve

“Avrupalı kuruluşların mükemmelliğe eriştikleri bir dünya” vizyonu ile kurulmuş, üyelik sistemine dayanan ve kâr amacı gütmeyen bir kuruluştur (Kalder, 2003: 2).

EFQM tarafından oluşturulan EFQM Mükemmellik Modeli, kuruluşların mükemmellik yolunda ilerleyip ilerlemediklerini ölçerek yönetim sistemlerini geliştirmeleri konusunda onlara yardımcı olan pratik bir araç niteliği taşır. Kuruluşlara mükemmelliğe giden yolun neresinde olduklarını gösteren, darboğazlarını saptamalarını sağlayan ve uygun çözümleri teşvik eden pratik bir araçtır (Kuruşçu, 2003: 89).



(Kaynak: [http://www.efqm.org/uploads/introducing\\_english.pdf](http://www.efqm.org/uploads/introducing_english.pdf), erişim 4 Nisan 2008)

**Şekil 4: EFQM Mükemmellik Modeli**

EFQM Mükemmellik Modeli, dokuz ana kriter ve 32 alt kriter üzerine kurulmuş ve zorunluluk içermeyen bir modeldir. Kriterlerin ilk beş tanesi girdi

kriteri, son dört tanesi ise sonuç kriteridir (http://www.efqm.org/uploads/introducing\_english.pdf, erişim 4 Nisan 2008):

**Tablo 6: EFQM Mükemmellik Modeli Kriterleri**

| <b>KRİTERLER</b> |                                     |                                                                                                                                                                |
|------------------|-------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>1</b>         | <b>LİDERLİK</b>                     |                                                                                                                                                                |
|                  | <b>1a</b>                           | Liderler kuruluşun misyon, vizyon ve değerlerini oluştururlar ve bir Mükemmellik kültürü doğrultusunda örnek olurlar                                           |
|                  | <b>1b</b>                           | Liderler kuruluşun yönetim sisteminin oluşturulması, bu sistemin yaşama geçirilmesi, sürekli olarak iyileştirilmesi çalışmalarında bireysel olarak yer alırlar |
|                  | <b>1c</b>                           | Liderler müşteriler, işbirliği yapılan kuruluşlar ve toplumun temsilcileriyle ilişkileri yürütürler                                                            |
|                  | <b>1d</b>                           | Liderler, Mükemmellik kültürünü, kuruluşun çalışanları ile sağlamlaştırırlar                                                                                   |
|                  | <b>1e</b>                           | Liderler kurumsal değişim ihtiyacını belirler ve değişime öncülük ederler                                                                                      |
| <b>2</b>         | <b>POLİTİKA VE STRATEJİ</b>         |                                                                                                                                                                |
|                  | <b>2a</b>                           | Politika ve strateji, paydaşların mevcut ve gelecekteki gereksinim ve beklentilerini temel alır                                                                |
|                  | <b>2b</b>                           | Politika ve strateji; performans ölçümü, araştırma, öğrenme ve dış faaliyetlerden elde edilen bilgileri temel alır                                             |
|                  | <b>2c</b>                           | Politika ve strateji oluşturulur, gözden geçirilir ve güncelleştirilir                                                                                         |
|                  | <b>2d</b>                           | Politika ve strateji duyurulur ve kilit süreçler yoluyla yayılımı sağlanır                                                                                     |
| <b>3</b>         | <b>ÇALIŞANLAR</b>                   |                                                                                                                                                                |
|                  | <b>3a</b>                           | İnsan kaynakları planlanır, yönetilir ve iyileştirilir                                                                                                         |
|                  | <b>3b</b>                           | Çalışanların bilgi birikimleri ve yetkinlikleri belirlenir, geliştirilir ve sürdürülür                                                                         |
|                  | <b>3c</b>                           | Çalışanların katılımı ve yetkilendirilmesi sağlanır                                                                                                            |
|                  | <b>3d</b>                           | Çalışanlar ile kuruluş arasında diyalog söz konusudur                                                                                                          |
|                  | <b>3e</b>                           | Çalışanlar takdir edilir, tanınır ve gözetilir                                                                                                                 |
| <b>4</b>         | <b>İŞBİRLİKLERİ VE KAYNAKLAR</b>    |                                                                                                                                                                |
|                  | <b>4a</b>                           | Kuruluş dışı işbirlikleri yönetilir                                                                                                                            |
|                  | <b>4b</b>                           | Finansal kaynaklar yönetilir                                                                                                                                   |
|                  | <b>4c</b>                           | Binalar, donanım ve malzemeler yönetilir                                                                                                                       |
|                  | <b>4d</b>                           | Teknoloji yönetilir                                                                                                                                            |
|                  | <b>4e</b>                           | Bilgi ve bilgi birikimi yönetilir                                                                                                                              |
| <b>5</b>         | <b>SÜREÇLER</b>                     |                                                                                                                                                                |
|                  | <b>5a</b>                           | Süreçler sistematik olarak tasarlanır ve yönetilir                                                                                                             |
|                  | <b>5b</b>                           | Süreçler, tüm paydaşları tam olarak tatmin etmek ve onlar için giderek artan bir değer yaratmak amacıyla, gerektiğinde yenilikçi yaklaşımlarla iyileştirilir   |
|                  | <b>5c</b>                           | Ürünler müşteri gereksinim ve beklentileri temel alınarak tasarlanır ve geliştirilir                                                                           |
|                  | <b>5d</b>                           | Ürün ve hizmetler üretilir, sunulur ve servisi sağlanır                                                                                                        |
|                  | <b>5e</b>                           | Müşteri ilişkileri yönetilir ve geliştirilir                                                                                                                   |
| <b>6</b>         | <b>MÜŞTERİLERLE İLGİLİ SONUÇLAR</b> |                                                                                                                                                                |
|                  | <b>6a</b>                           | Algılama ölçümleri                                                                                                                                             |
|                  | <b>6b</b>                           | Performans göstergeleri                                                                                                                                        |
| <b>7</b>         | <b>ÇALIŞANLARLA İLGİLİ SONUÇLAR</b> |                                                                                                                                                                |
|                  | <b>7a</b>                           | Algılama ölçümleri                                                                                                                                             |
|                  | <b>7b</b>                           | Performans göstergeleri                                                                                                                                        |

|           |                                   |
|-----------|-----------------------------------|
| <b>8</b>  | <b>TOPLUMLA İLGİLİ SONUÇLAR</b>   |
| <b>8a</b> | Algılama ölçümleri                |
| <b>8b</b> | Performans göstergeleri           |
| <b>9</b>  | <b>TEMEL PERFORMANS SONUÇLARI</b> |
| <b>9a</b> | Temel performans çıktıları        |
| <b>9b</b> | Temel performans göstergeleri     |

(Kaynak: [http://www.efqm.org/uploads/introducing\\_english.pdf](http://www.efqm.org/uploads/introducing_english.pdf), erişim 4 Nisan 2008)

### 2.3.3.3. Akreditasyon

Akreditasyon, bir sağlık kurumu veya kuruluşunun hizmet kalitesinin ve kalite iyileştirme sürecinin; kalite standartlarını ölçme ve değerlendirme yetkisine sahip, genellikle kâr amacı gütmeyen ve gönüllü bir kuruluş tarafından önceden belirlenmiş standartlara göre değerlendirildiği ve onaylandığı bir süreçtir. Akreditasyon sürecinde katılım genellikle isteğe bağlıdır. Akreditasyon standartları genellikle ulaşılabilir standartlardır. Hizmeti sunanlardan ve hizmeti alanlardan bağımsızdır (Hastane ve Yaşam Dergisi, Ocak 2006: 11).

Sağlık hizmetlerinin en kritik özelliklerinden birisi hizmeti verenin süreç içinde neler olup bittiğinin ayrıntılarına hakim olması, ama hizmeti alanın durumu tam kavrayamamasıdır. İkinci bir kritik nokta, işlerin doğası gereği profesyonellerin de hiçbir şeyin garantisini veremediği bir belirsizlikle hizmetin sunuluyor olmasıdır. Bunlara karşı önlemler için on yıllardır sistemli çalışmalar ortaya koyulmaktadır. Bütün sorun verilen hizmetin gerçekten iddia edildiği gibi bir hizmet olduğunun tarafsız birerince onaylanmasıdır.

Sağlık sektöründeki ilk akreditasyon kurumu 1951'de American College of Surgeons, American College of Physicians, American Hospital Association, American Medical Association ve Canadian Medical Association'ın katılımıyla "Joint Commision on Accreditation of Hospitals" olarak kurulmuştur. Hastaneler dışındaki sağlık kuruluşlarının da kapsama

alınmasıyla 1987’de ismi “Joint Commision on Accreditation of Health Care Organizations” (JCHAO) olarak değiştirildi (Sur, 2005: 14-15).

1958 yılında Kanada Ulusal Sağlık Sisteminin öncülüğünde Sağlık Hizmetleri Akreditasyonu Kanada Konseyi (CCHSA) kurulmuştur. Akreditasyon sistemi tüm yönleriyle JCAHO’yu takip etmiştir.

Avusturalya’da 1977 yılına kadar tam bir akreditasyon sistemi oluşturulmamış olsa da hastanelerin akreditasyonuna 1926 yılında başlanmıştır. Sonrasında akreditasyon ülke çapında yaygınlaşmış ve tıp örgütlerinden destek almıştır.

İngiltere’de Kraliyet Fonuna bağlı gönüllü bir kuruluş 1980 yılında Kanada Akreditasyon Standartlarını birkaç hastanede pilot olarak uygulamaya koymuştur. Standartların yararlı olduğu görüldükten sonra Ulusal Sağlık Hizmetlerince (NHS) deneyimler ışığında revize edilen standartlar kullanılmaya başlanmıştır. 1990 yılında Kraliyet Fonu tarafından kurulan King’s Fund Organizational Audit Kurulunun ismi 1998 yılında Health Quality Services(HQS) olarak değiştirilmiş ve 2000 yılından bağımsız bir yapıya kavuşmuştur. Kurul İngiltere’deki akreditasyon sistemlerini düzenlemekte ve sürekli olarak geliştirmektedir. Aynı zamanda uluslararası standartlar yayınlamakta ve uluslararası akreditasyon sertifikasyonu sağlamaktadır.

Çek Cumhuriyeti, Almanya, Macaristan, Polonya, Portekiz, İspanya ve İsviçre kendi akreditasyon sistemlerini oluşturma ve tanıtmaya gereksinimi hissetmişlerdir. Günümüzde yaklaşık 40 ülkede akreditasyon programları uygulanmaktadır(Demirbaş, Bal, Barsbay, 2005: 18).

Türkiye’de de Sağlık Bakanlığı tarafından sağlık reformları kapsamında, hastanelerde akreditasyon sistemi kurmak için çalışmalar yürütüldüğü belirtilmektedir. Ülkemizde planlanan akreditasyon sistemi, özellikle hastanelerde sağlık hizmetinin kalitesinin iyileştirilmesi ve hasta güvenliğinin sağlanması için uygun bir fırsat olabilir (Esatoğlu, 2006:53).

Sağlık sektöründeki gelişmeler ile son yıllarda en çok önem verilen iki temel konu haline gelen “kalite ve hasta güvenliğinin sağlanabilmesi” için, akreditasyon sistemi önemli bir altyapı sağlamaktadır. Kalite ve hasta güvenliği kavramları birbiri ile son derece ilişkilidir; bir sağlık örgütünün akreditasyon belgesi almasındaki en temel amaç, kaliteli hizmet sunumu ile birlikte hasta güvenliğinin sağlanmış olmasıdır (Esatoğlu, 2006: 50).

#### **a. Akreditasyonun Amaçları:**

Akreditasyon programlarının uygulanmasının genel olarak;

- Sağlık hizmeti sunan kuruluşlara yönelik standartları karşılamada, optimal başarı hedefleri koyarak, sağlık hizmetlerinin kalitesini geliştirmek,
- Sağlık hizmetlerinin yönetim yapısını geliştirmek,
- Sağlık hizmeti sunan kuruluşların karşılaştırmalı veri tabanını oluşturmak,
- Hizmetlerin artan verimliliği ve etkililiği üzerine odaklanarak, sağlık hizmetleri maliyetlerini düzenlemek,
- Sağlık hizmetleri kuruluşlarına, yöneticilerine ve sağlık çalışanlarına; sağlık hizmetlerinde kalite geliştirme stratejileri ve en iyi uygulamalar konusunda eğitim sağlamak,
- Halkın, sağlık hizmetlerinin kalitesine olan güvenini artırmak,
- Hastalar ve personelle ilgili olarak yaralanma ve enfeksiyonlara bağlı riskleri azaltmak, gibi amaçları bulunduğu söylenebilir. (Demirbaş, Bal, Barsbay, 2005: 19).

## **b. Akreditasyonun Faydaları:**

Akreditasyon standartları hasta ve yakınlarına / çalışanlara / tedarikçilere / paydaşlara sağladığı faydalar (Çakmak, 2005: 25):

- Hastalara sunulan teşhis ve tedavi hizmetlerinin tıbbi literatürde tanımlanmış en yeni ve en ileri uygulamaları içermesi,
- Hastalara yapılan tüm uygulamaların uygulayıcı dışında “yetkin” uzmanlarca denetlenmesi,
- Tedavi amaçlı tüm girişimlerde hastaya zarar verebilecek etkileşimlerin denetlenmesi ve önlenmesi,
- Birden çok uzmanlık dalının aynı hastaya aynı anda müdahale edebilmesi için sistem oluşturması,
- Hastaya sunulan hizmetlerin tümü hakkında hasta ve ailesinin tam olarak bilgilendirilmesi ve onayının alınması,
- Hasta ve ailesinin hastane içinde bulunduğu süre içerisinde mal ve can emniyetinin tam olarak sağlanması,
- Hizmet sunan tüm kadroların ehliyet sahibi olduklarının resmi makamlarca onaylanmasını takiben yetkilendirilmesi,
- Hasta ve ailesinin sağlıkla ilgili tüm konularda eğitimine katkı sağlanması,
- Sağlık hizmeti sunan tüm kadroların sürekli mesleki eğitimlerinin yaptırılması,
- Sağlık hizmetinin sunumuna yönelik çevre kurum ve kuruluşlar ile resmi işbirlikleri oluşturulması,
- Afet ya da kriz anlarında en geniş kitlelere emniyetle hizmet sunabilecek önlemleri önceden alması,
- Sağlık hizmetlerinde kullanılan tüm ekipman ve tıbbi malzemelerin kullanım için emin olduğunu resmen belgeleyerek sağlaması.

### c. JCI Standartları

JCAHO'nun bir alt kuruluşu olan JCI (Joint Commision International) misyonunu, sağlık kuruluşlarını akredite ederek, sağlık hizmeti sağlayan kuruluşlarda performans iyileştirmesini destekleyen hizmetler sağlayarak uluslar arası kuruluşlarda sağlık hizmetlerinin kalitesini sürekli iyileştirmek olarak belirlemiştir. 1987 yılından bu yana ABD'de 19.000'in üzerinde hastaneye akreditasyon belgesi vermiştir.

JCI akreditasyon standartlarının en önemli özellikleri:

- Maksimum uygulanabilir olması
- Hasta odaklı olması
- Farklı kültürlere adapte edilebilir olması
- Sürecin sürekli iyileştirilmesini sağlaması
- Bakım kalitesini artırmasıdır

JCI standartlarının uygulanabilmesi için, kurumun ölçeğine göre değişse de en az iki yıllık bir hazırlık sürecinin tamamlanması öngörülmektedir. Öncelikle kuruluşun vizyon, misyon, politika, hedef ve stratejilerinin oluşturulması; daha sonra 11 ana başlık altında toplanan 400 civarındaki standardın uygulanması ve izlenmesi için oluşturulan dokümantasyon sisteminin kurulması, çalışmaların başlangıç noktası olmalıdır. Dokümantasyon sistemi içerisinde; hastanenin tüm süreçlerini ilgilendiren politika, prosedür ve talimatlarla birlikte, hasta bakımı ile ilgili protokoller, klinik kılavuzlar, bakım haritaları, formlar, departman planları, stratejik planlar, performans ölçüm planları, eğitim dokümanları vb. yer alır (Öcal, 2005: 30-32).

11 standardın ana başlıkları şunlardır (Uluslararası Birleşik Komisyon, Hastaneler İçin Akreditasyon Standartları, 2002):

- Bakıma Ulaşma ve Bakımın Devamlılığı
- Hasta ve Ailesinin Hakları
- Hasta Değerlendirmesi
- Hasta Bakımı
- Hasta ve Ailesinin Eğitimi
- Kalite Yönetimi ve İyileştirme
- Yönetim, Liderlik ve İdare
- Tesis Yönetimi ve Güvenlik
- Personel Nitelikleri ve Eğitimi
- Bilgi Yönetimi
- Enfeksiyon Kontrolü ve Korunma

Akreditasyon standartlarının ve benzer modellerin içerdiği tüm başlıklar ve gereklilikler, öncelikle insana ve insan sağlığına odaklanarak, süreçlerin sürekli izlenebilmesini ve gerektiğinde iyileştirilebilmesini sağlamaktadır. Hastanenin tüm süreçlerini içine alan iyileştirmeleri de beraberinde getiren akreditasyon belgelendirmesi; hasta ile aileleri ve çalışan memnuniyetinin belirgin artmasının yanında, toplumsal kazançlar da sağlayarak, hep en iyiye ulaşmadaki yolculukta uluslararası düzeyde çok önemli bir aşama olacaktır (Öcal, 2005: 30-32).

#### **2.3.4. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Boyutları**

Diğer işletme türlerinde olduğu gibi, sağlık hizmetlerinde de kalite düzeyi, ölçme ve değerlendirme yaklaşımı içinde, hizmetin önceden belirlenmiş standartları karşılayıp karşılamadığını ölçecek performans yönetim sistemleri

ile belirlenmelidir. Bu aşamada sürekli iyileştirme çalışmalarının başarıya ulaşması için kaliteyi hangi faktörlerin oluşturduğunu ve etkilediğini kapsamlı bir şekilde anlamak hayati önem taşımaktadır (Jun, Peterson, Zsidisin, 1998: 82).

Sağlık hizmetlerinde performans endikatörlerini belirlemeye yönelik akademik çalışmalar gözden geçirildiğinde, her bir çalışmanın sağlık hizmetinin farklı yönlerine odaklandığı ve önerdikleri endikatörleri bir model yapısı içinde ortaya koydukları görülmektedir. Söz konusu modellerin toplu halde gösterimi Tablo 7’de sunulmaktadır (Pakdil, Hastanelerde Sürekli Performans İyileştirme Sürecinin Kalite Maliyetlerine Odaklanması ve Bir Ölçüm Modeli Önerisi, [www.baskent.edu.tr](http://www.baskent.edu.tr)):

**Tablo 7: Sağlıkta Kalite Boyutlarına Ait Modeller**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Chakrapani’nin boyutları</b><br>(Chakrapani, 1998: 132) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hizmet güvenilirliği/desteği</li> <li>• Beklentileri aşma</li> </ul>                                                                                                                     | <b>Evans ve Lindsay’in boyutları</b> (Evans ve Lindsay, 1999: 52) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zaman</li> <li>• Bütünlük</li> <li>• Nezaket</li> <li>• Tutarlılık</li> <li>• Ulaşılabilirlik ve uygunluk</li> <li>• Doğruluk</li> <li>• Sorumluluk</li> </ul>     | <b>Parasuraman’ın SERVQUAL boyutları</b><br>(Zeithaml vd., 1990: 25) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Elle tutulurluk</li> <li>• Sorumluluk</li> <li>• Güvenlik</li> <li>• Empati</li> <li>• Güvenilirlik</li> </ul>                                                          |
| <b>Palmer’in boyutları</b><br>(Palmer, 1997: 306) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bakıma ulaşılabilirlik</li> <li>• Doğru teşhisin konması</li> <li>• Tedavinin uygulanması</li> <li>• Hastanın eğitilmesi</li> <li>• Hastalıkları izleme</li> <li>• Hastalıkları önleme</li> </ul> | <b>Coddington’un boyutları</b><br>(Sower vd., 2001: 49) <ul style="list-style-type: none"> <li>• İçtenlik/bakım/ilgi</li> <li>• Tıbbi personel</li> <li>• Teknoloji/ekipman</li> <li>• Uzmanlık/hizmetlerin ulaşılabilirliği</li> <li>• Çıktılar</li> </ul>                   | <b>JCAHO standardı</b> (JCAHO Manual) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fayda</li> <li>• Doğruluk/uygunluk</li> <li>• Ulaşılabilirlik</li> <li>• Süreklilik</li> <li>• Etkililik</li> <li>• Etkinlik</li> <li>• Saygı ve bakım</li> <li>• Güven</li> <li>• Dakiklik</li> </ul> |
| <b>Maxwell’in boyutları</b><br>(Brannan, 1998: 2) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ulaşılabilirlik</li> <li>• İhtiyaçlara uygunluk</li> <li>• Etkililik</li> <li>• Adillik</li> <li>• Sosyal kabul edilebilirlik</li> <li>• Verimlilik</li> <li>• Ekonomiklik</li> </ul>             | <b>Sower’in boyutları</b> (Sower vd., 2001: 50) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Saygı ve bakım</li> <li>• Etkililik</li> <li>• Süreklilik</li> <li>• Uygunluk</li> <li>• Bilgi</li> <li>• Verimlilik</li> <li>• İlk izlenim</li> <li>• Çalışan farklılığı</li> </ul> | <b>Jun, Peterson ve Zsidisin’in boyutları</b> (Jun vd., 1998: 85) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Elle tutulurluk</li> <li>• Güvenilirlik</li> <li>• Sorumluluk</li> <li>• Yeterlilik</li> <li>• Nezaket</li> <li>• İletişim</li> <li>• Ulaşım</li> </ul>                    |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bakım</li> <li>• Hasta çıktıları</li> <li>• Hastanın anlaşılması</li> <li>• İşbirliği</li> </ul> |
| <b>Çoruh'un boyutları</b> (Çoruh, 1994: 116) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bilgilendirme</li> <li>• Hastayı eğitme</li> <li>• Hizmete kolay ulaşılma</li> <li>• Güvenli hizmet</li> <li>• Seçme hakkı sağlama</li> <li>• Gizlilik</li> <li>• Güven</li> <li>• Karar vermeye yardım</li> <li>• Hizmeti geliştirme</li> <li>• Rahatlık sağlama</li> <li>• Saygı gösterme</li> <li>• Düzenli olma</li> <li>• Süreklilik</li> </ul> | <b>Bowers'ın boyutları</b> (Bowers vd., 1994: 53) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Elle tutulurluk</li> <li>• Güvenilirlik</li> <li>• Sorumluluk</li> <li>• Yeterlilik</li> <li>• Nezaket</li> <li>• İletişim</li> <li>• Ulaşım</li> <li>• Dürüstlük</li> <li>• Güvenlik</li> <li>• Bakım</li> <li>• Hasta çıktıları</li> <li>• Müşteriyi anlama ve bilme</li> </ul> |                                                                                                                                           |

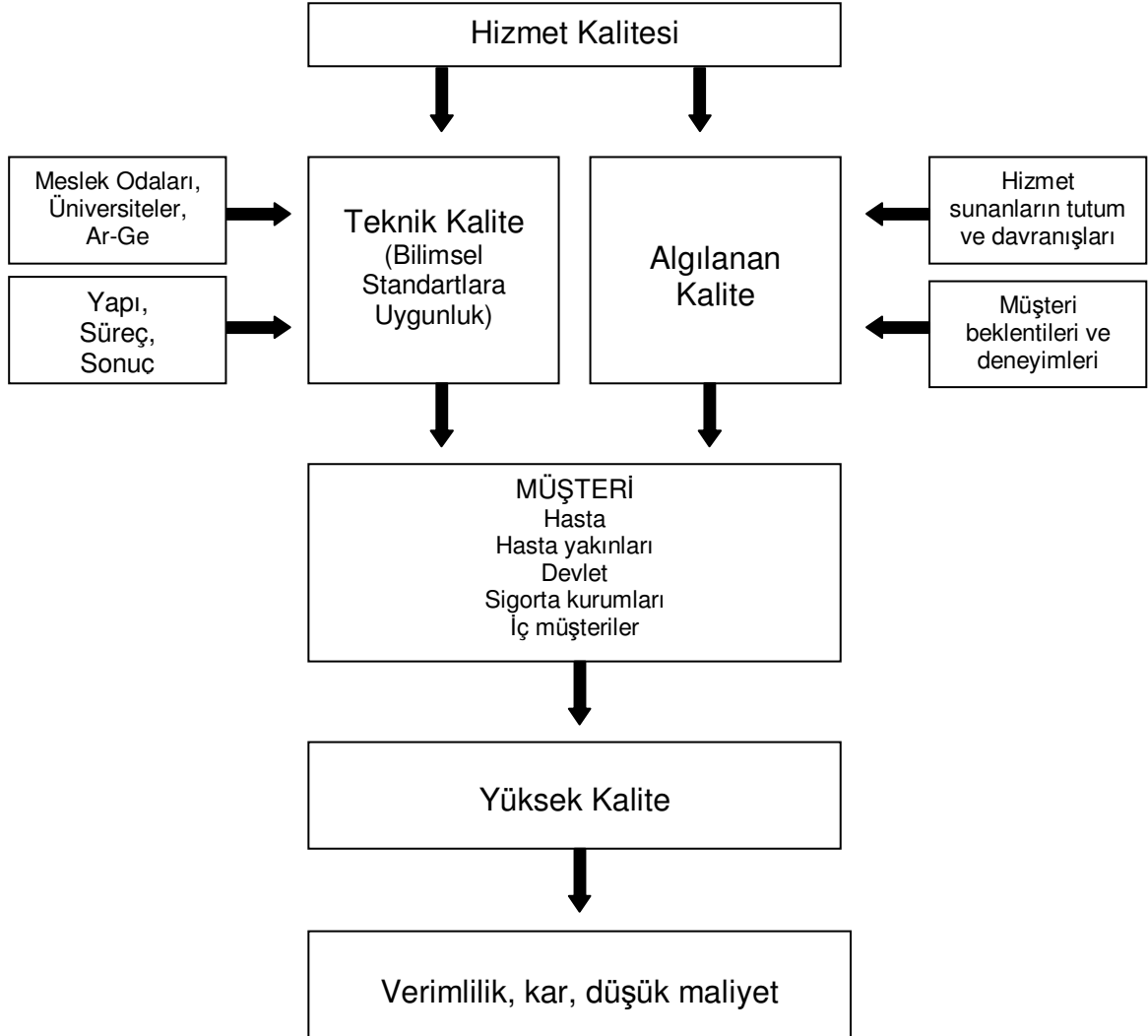
(Kaynak: Pakdil, Hastanelerde Sürekli Performans İyileştirme Sürecinin Kalite Maliyetlerine Odaklanması ve Bir Ölçüm Modeli Önerisi, [www.baskent.edu.tr](http://www.baskent.edu.tr), erişim 5 Mayıs 2008)

#### 2.3.4.1. Sağlık Hizmetlerinde Teknik ve Algılanan(Fonksiyonel) Kalite

Literatürde sağlık hizmeti tüketicilerinin, aldıkları hizmetin teknik kalitesini değerlendirebilecek yeterlilikte olmadıkları, bu aşamada ancak hizmetin görünen ve algılanan boyutları ile bir değerlendirme yapabilecekleri belirtilmektedir. Dolayısıyla, yöneticiler bir yandan sağlık hizmetinin insan boyutuna, diğer bir yandan da kalitenin teknik boyutuna odaklanmalıdırlar (Bowers Swan, Koehler; 1994: 54).

Sağlık hizmeti alan hastaların, hizmetin sunumu esnasında ve sonrasında, kendilerine hizmet sağlayanların teknik becerilerini değerlendirmeleri oldukça güçtür (Asubonteg, McCleary, Swan, 1996: 63-64). Bu nedenle sağlık hizmetlerinde teknik kalite kavramı, daha çok sağlık personelinin bakış açısı içinde yer almaktadır. Çünkü bu bilgiler tüketici toplumu tarafından bilinmemektedir (Bopp, 1990: 6-15).

Bir sağlık işletmesinde hizmet kalitesinin belirleyicileri aşağıdaki şekilde gösterilmiştir:



(Kaynak: Kavuncubaşı, 2000: 271)

**Şekil 5: Sağlık İşletmelerinde Hizmet Kalitesi Belirleyicileri**

Şekil 5'te de görüldüğü gibi, bir sağlık işletmesinde hizmet kalitesini belirleyen algılanan kalite dışında, sağlık işletmesine hastanın gelişinden temel tanının konması ve bundan sonraki süreçlerin doğruluğu faaliyetlerinden oluşan ve "teknik kalite" olarak nitelendirilebilecek kriterler de kritik önem taşımaktadır. Sözelimi, bir doktorun klinik ve ameliyattaki

becerisi, hemşirelerin ilaçları iyi tanması ya da bir laboratuvar teknisyeninin testleri yapmadaki etkinliği ve bunların ölçümü teknik kalite kapsamında değerlendirilebilir (Devebakan, 2005: 22).

### **2.3.5. Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Hasta Tatmini**

Hastaların sağlık hizmeti algıları konusu, son 20 yılda artan bir ilgi kazanmıştır. Günümüzde, hastaların görüşlerinin sağlık hizmetindeki alışılmış kalite endikatörlerine dâhil edilmesi gerekliliği kabul edilmiştir. Hasta görüşleri, sağlık hizmeti kuruluşlarında kalite iyileştirme konusunda verimli bir hareket planı geliştirmekte ve sorunları iyi tetkik etmekte önemli bir bilgi kaynağıdır (Boyer, Francois, Doutre, Weil, Labarere, 2006: 359).

Hasta tatmini, sağlık hizmeti yöneticileri için önemli bir konudur. Sağlık hizmeti sağlayıcıları için bir kalite iyileştirme aracı olarak Hasta tatmini üzerine pek çok çalışma geliştirilmiş ve uygulanmıştır. Artan rekabet düzeyi ve tüketicilik üzerindeki vurguyu takiben, Hasta tatmini sağlık planlarının sağlık hizmeti performansını denetlemede önemli bir ölçüt haline gelmiştir (Cheng, Yang, Chiang, 2003: 345).

Sağlık bakım hizmeti bazı önemli yönlerden diğer endüstri ve hizmet işletmelerinden belirgin bir şekilde farklılık göstermektedir. Rekabete dayalı bir piyasada tüketiciler memnuniyetsizliklerini alışveriş yerlerini değiştirerek gösterebilmektedir. Oysa sağlık hizmetinde bireylerin bağlı oldukları sağlık kurumları nedeni ile seçme şansı sınırlıdır (Yılmaz, 2001: 69).

Memnuniyet, yaşam tarzı, geçmiş deneyimler, gelecekte beklenenler ve bireysel ve toplumsal değerleri içeren birçok faktör ile ilişkili karmaşık bir kavramdır. Hizmetin sonuçlarının algılanması ve beklentilerin karşılanması ile ilişkili olan Hasta tatmini, farklı kişilerce ve hatta aynı kişiler tarafından farklı

zamanlarda farklı şekilde tanımlanabilmektedir. Donabedian (1992) Hasta tatminini "hastanın değer ve beklentilerinin ne düzeyde karşılandığı konusunda bilgi veren ve esas otoritenin hasta olduğu bakımın kalitesini gösteren temel ölçüt" olarak tanımlamıştır (Yılmaz, 2001: 70-71).

Hasta tatmini, pazarlama anlayışını benimseyen sağlık kuruluşlarının temel unsurlarından biridir. Çünkü bu anlayışın gereği müşteri tatmini yoluyla kârlılığa ulaşmadır. Belki de bu kavramı en iyi açıklayan tanım şudur: Müşteri tatmini, "hizmeti tecrübe ettikten sonra tüketicinin hizmetten ne kadar hoşlandığını veya hoşlanmadığını yansıtan satın alma sonrası bir olaydır" (Varınlı ve Çakır, 2004: 36).

Hizmet sektörünün dünya ve Türkiye ekonomisi içindeki payının artışı, yaşam süresi ortalamasının hemen hemen tüm dünya ülkelerinde yükselmesi ve buna bağlı olarak sağlık sektörünün sürekli teknolojik gelişim ve ekonomik büyüme içinde olması sektörde sunulan hizmetin kalitesinin önemini artırmaktadır. Özellikle müşteri odaklı pazarlamanın tüm sektörlerde faaliyet gösteren firmalar tarafından benimsenmeye başlamasıyla birlikte, Türkiye’de sağlık sektöründe faaliyet gösteren kuruluşlar çeşitli girişimlerde bulunarak hizmet kalitelerini yükseltmeyi amaçlamaktadırlar. Sağlık hizmetlerinin vazgeçilemez bir ihtiyaç olması, tüketicilerin bilinç ve gelir düzeyinin yükselmesi de bu yöndeki değişimlere katkıda bulunmaktadır. Müşteri tatminini sağlamayı hedef edinmek ve başarmak uzun dönemli örgütsel başarı sağlanmasında en önemli etkenlerden biri olmaktadır (Yağcı ve Duman, 2006: 219).

**ÜÇÜNCÜ BÖLÜM**  
**HASTANE İŞLETMELERİNDE HİZMET KALİTESİNİN ÖLÇÜLMESİNE**  
**YÖNELİK BİR ARAŞTIRMA**

**3.1. ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ İBNİ SİNA ARAŞTIRMA VE UYGULAMA HASTANESİ**

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi'ne bağlı olarak 1985 yılından beri hizmet vermekte olan İbni Sina Araştırma ve Uygulama Hastanesi ile ilgili 2007 yılına ait bazı bilgiler aşağıda sunulmuştur:

**Tablo 8: İbni Sina Hastanesi-Genel Bilgiler (2007)**

|                                 |        |
|---------------------------------|--------|
| Servis Yatak Sayısı             | 787    |
| Yoğun Bakım Yatak Sayısı        | 148    |
| Yatılan Gün Sayısı              | 222765 |
| Poliklinik Hasta Sayısı         | 292056 |
| Yatan Hasta Sayısı              | 27773  |
| Ameliyat Sayısı                 | 31541  |
| Ortalama Hasta Kalış Gün Sayısı | 7,9    |
| Yatak İşgal Oranı (%)           | 65,9   |

**Tablo 9: İbni Sina Hastanesi Personel Sayısı (2007)**

|                                                         |      |
|---------------------------------------------------------|------|
| Öğretim üyesi, uzman doktor, asistan ve pratisyen hekim | 632  |
| İdari personel                                          | 1163 |
| Hemşire                                                 | 423  |
| Diğer sağlık personeli                                  | 283  |
| Temizlik personeli                                      | 514  |

**Tablo 10: İbni Sina Hastanesi'nde Bulunan Yataklı Servisler ve Bunların Yatak Sayıları**

| <b>Klinik</b>                                   | <b>Yatak Sayısı</b> | <b>Yoğun Bakım Yatak Sayısı</b> |
|-------------------------------------------------|---------------------|---------------------------------|
| Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları       | 34                  | -                               |
| Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon                  | 32                  | -                               |
| Nefroloji                                       | 34                  | -                               |
| İç Hastalıkları                                 | 33                  | 17                              |
| Kardiyoloji                                     | 59                  | 8                               |
| Nöroloji                                        | 45                  | 8                               |
| Dermatoloji                                     | 24                  | -                               |
| Klinik İmmünoloji ve Romatoloji                 | 25                  | -                               |
| Üroloji ve Pediatrik Üroloji                    | 54                  | -                               |
| Kulak Burun Boğaz                               | 49                  | -                               |
| Nöroşirürji                                     | 59                  | 14                              |
| Ortopedi ve Travmatoloji ve El Cerrahisi        | 49                  | -                               |
| Göğüs Cerrahisi                                 | 32                  | 20                              |
| Klinik Bakteriyoloji ve Enfeksiyon Hastalıkları | 31                  | -                               |
| Genel Cerrahi                                   | 114                 | 20                              |
| Transplantasyon                                 | 17                  | -                               |
| Aynı Gün Cerrahi                                | 12                  | -                               |
| Reanimasyon Ünitesi                             | -                   | 27                              |
| Post-op Yoğun Bakım Ünitesi                     | -                   | 14                              |
| D Blok Servisleri*                              | 54                  | -                               |
| Acil Servis                                     | 30                  | 20                              |
| <b>Toplam</b>                                   | <b>787</b>          | <b>148</b>                      |

(\*) D Blok Servisleri; içinde özel banyo, kablolu televizyon yayını, dijital kasa, elektrikli hasta karyolası, saç kurutma makinesi, hemşire çağrı sistemi, telefon bulunan 52 hasta odası ile, 2 adet suit hasta odasından oluşmaktadır.

Eylül 2006'da İbni Sina Hastanesi'nde Joint Commision International hastane akreditasyon standartlarının edinilmesine yönelik çalışmalar başlatılmış olup, kalite iyileştirme çalışmaları, kurulan komiteler aracılığıyla

sürdürülmektedir.

### **3.2. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ**

Rekabetin yalnızca özel hastaneler tarafından değil, kamu hastaneleri tarafından da dikkate alındığı günümüzde, hastane yöneticilerinin tüm kaynaklarını verimli kullanabilmeleri, rekabet anlayışını geliştirebilmeleri bakımından oldukça önemlidir. Hastane işletmelerinin sundukları hizmetin kalitesinin hastalar tarafından nasıl algılandığını bilmesi, süreçlerinde bu doğrultuda düzenlemeler yapmalarına olanak sağlayacaktır. Bu bağlamda, SERVQUAL Modeli, hastane işletmeleri için bir özdeğerleme aracıdır. Bu analizlerle elde edilen verileri doğru yorumlayarak yapılacak düzenlemeler, hastanenin hizmet kalitesini artırmada yönetime bir fırsat sağlayacaktır.

### **3.3. ARAŞTIRMANIN AMACI VE KAPSAMI**

Araştırmanın amacı, hastane işletmelerinden sağlık hizmeti satın alan hastaların hastane hizmetlerine ilişkin beklenen ve algılanan kalite düzeyini ölçmek ve hizmet kalitesinin hastaların demografik ve sosyokültürel özellikleriyle olan ilişkisini incelemektir. Ülkenin tüm illerinden, çok çeşitli demografik ve sosyokültürel düzeyde hastaların tedavi gördüğü bir referans hastane konumunda olan bir üniversite hastanesi, araştırmanın evreni olarak seçilmiştir.

Yukarıda açıklanan ana amaca bağlı olarak, bu çalışmayla, aynı zamanda hizmet kalitesinin boyutları ve hizmeti satın alanlara göre bunların önem derecelerini saptamak, İbni Sina Hastanesi'nin SERVQUAL puanlarını tespit etmek, hastanenin kalite puanının hastaların demografik ve sosyokültürel özelliklerine göre ne ölçüde değiştiğini saptamak da

amaçlanmıştır.

Araştırma alanı olarak seçilen İbni Sina Hastanesi Başhekimliğinden yazılı izin alınmıştır. Çalışma boyunca hastane yönetimi ve servis sorumlu hemşireleri ile koordineli çalışılmıştır.

Hizmet kalitesini ölçmeye yönelik tasarlanan ölçüm aracının geliştirilmesinde, literatür taramalarından yararlanılarak Parasuraman, Zeithaml ve Berry tarafından geliştirilmiş olan SERVQUAL Metodu kullanılmıştır.

Babakus ve Mangold'un (1992: 767–786) hastanelere uyarladığı hizmet kalitesinin ölçülmesine yönelik çalışmaları, problemin ve değişkenlerin tanımının yapılmasına yönelik olup keşfedici araştırmayı içermektedir. Bu sebeple, bu çalışmada keşfedici araştırmanın tekrar yapılmasına gerek görülmemiştir.

### **3.4. EVREN VE ÖRNEKLEM**

Araştırmada ana kütle olarak İbni Sina Hastanesi'nde son bir yıl içinde yatarak tedavi gören hastalar esas alınmıştır. Basit tesadüfi örneklem yöntemi kullanılarak, 787 yataklı hastane için 260 sayısı, yıllık 27773 yatan hasta için 379 sayısı yeterli iken (Ural ve Kılıç, 2004: 43), 400 hastaya anket dağıtılmış, bunlardan hastalar tarafından uygun olarak doldurulan 304'ü araştırmaya dâhil edilmiştir. Hastanenin mümkün olan en fazla hizmetinden faydalanmış olacakları öngörülerek, hastalara taburcu oldukları gün anket uygulanmıştır. Araştırma Mart-Nisan 2008'de yapılmıştır.

**Tablo 11: Araştırmaya Katılan Hastaların Tedavi Gördüğü Bölümlere Göre Dağılımı**

| <b>Bölüm</b>                                    | <b>Sayı</b> | <b>Yüzde(%)</b> |
|-------------------------------------------------|-------------|-----------------|
| Kulak Burun Boğaz                               | 25          | 8,2             |
| Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları       | 22          | 7,2             |
| Kardiyoloji                                     | 25          | 8,2             |
| Göğüs Cerrahisi                                 | 12          | 3,9             |
| Üroloji                                         | 15          | 4,9             |
| Dermatoloji                                     | 20          | 6,6             |
| Klinik Bakteriyoloji ve Enfeksiyon Hastalıkları | 14          | 4,6             |
| Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon                  | 14          | 4,6             |
| Genel Cerrahi                                   | 26          | 8,6             |
| Ortopedi ve Travmatoloji, El Cerrahisi          | 16          | 5,3             |
| Aynı Gün Cerrahi                                | 7           | 2,3             |
| İç Hastalıkları                                 | 15          | 4,9             |
| Nefroloji                                       | 12          | 3,9             |
| Klinik İmmünoloji ve Romatoloji                 | 12          | 3,9             |
| D Blok Servisleri                               | 30          | 9,9             |
| Beyin Cerrahisi                                 | 16          | 5,3             |
| Nöroloji                                        | 13          | 4,3             |
| Transplantasyon                                 | 10          | 3,3             |
| Toplam                                          | 304         | 100,0           |

### **3.5. ARAŞTIRMANIN METODOLOJİSİ**

#### **3.5.1. Araştırmanın Değişkenleri**

Araştırmanın birinci grup değişkenleri hastaların satın aldıkları hizmet bakımından hastaneden beklentileridir. İkinci grup değişkenler, hastaların hastanenin sunduğu sağlık hizmetine yönelik algılarıdır. Bu bağlamda, araştırmanın bağımlı değişkeni, Algılanan Hizmet Kalitesi Puanıdır (SERVQUAL Puanı). Araştırmanın bağımsız değişkenleri ise; cinsiyet, yaş, eğitim durumu, gelir düzeyi ve bağlı olduğu sosyal güvenlik kurumudur.

#### **3.5.2. Araştırmanın Kısıtları**

Araştırmanın en önemli kısıtları zaman, maliyet ve araştırmaya katılan hastaların sağlıklarıyla ilgili özel durumlarıdır. Hastaların sağlık durumlarının uygulamaya katılmaya elverişli olma durumu da örnek sayısını kısıtlayan etkenlerdendir. Bu durum nedeniyle örnek büyüklüğü asgari düzeyde tutulmak zorunda kalınmıştır. Hastaların sağlık durumlarının elverişsiz olması nedeniyle Acil Servis, Yoğun Bakım Üniteleri ve Reanimasyon Ünitesi araştırmaya dâhil edilememiştir.

#### **3.5.3. Hipotezler**

Kitleler gösterdikleri olasılık dağılımları ile tanımlanırlar ve kitle hakkında verilecek kararlar, ancak bu dağılımlar bilindiği zaman kesinlik kazanır. Bununla birlikte her zaman kitledeki tüm bireylere ulaşmak mümkün olmadığından, kitleden çekilecek örneklem yardımıyla kitle parametreleri tahmin edilebilir. Kitle hakkında karar verirken ya tahmin yapılır ya da konuyla

ilgili bir varsayımda bulunulur; ileri sürülen bu tip varsayımlara “hipotez” adı verilir. Genelde bir hipotezin doğru ya da yanlış olduğu ispatlanamaz; yalnızca rastgele değişkenin değerleri yardımı ile elde edilen bilgiler hipotezi desteklediğinde “hipotez reddedilemez” denebilir.

Sıfır Hipotezi ( $H_0$ ), test edilecek hipotezi gösterir. Test yapılmasının mantığı, daima, verilen teoriyi çürütünceye kadar standart teorinin doğruluğuna inanmaktır.  $H_0$  hipotezinin reddedilip reddedilmemesi ile ilgili karar, kitleden çekilen örneklemdeki bilgilere dayanır ve karar verme işlemi örneklemdeki verilerden yararlanarak hesaplanan bir test istatistiğinin büyüklüğünün önceden belirlenen bir değer ile karşılaştırılması ile yapılır. Hipotez Testi ile hesaplanan değer, biri kabul diğeri ret bölgesi olan iki bölgeye ayrılmaktadır. Hesaplanan değer reddetme bölgesindeyse  $H_0$  hipotezi reddedilir, kabul bölgesinde ise  $H_0$  hipotezi reddedilemez (Boyacıoğlu ve Güneri, 2006: 35–36).

Buna göre, araştırmada kullanılan hipotezler:

1.  $H_0$ : Fiziksel özellikler boyutuna verilen önem, cinsiyete göre farklılık göstermemektedir.

$H_1$ : Fiziksel özellikler boyutuna verilen önem, cinsiyete göre farklılık göstermektedir.

2.  $H_0$ : Güvenilirlik boyutuna verilen önem, cinsiyete göre farklılık göstermemektedir.

$H_1$ : Güvenilirlik boyutuna verilen önem, cinsiyete göre farklılık göstermektedir.

3.  $H_0$ : Heveslilik boyutuna verilen önem, cinsiyete göre farklılık göstermemektedir.

$H_1$ : Heveslilik boyutuna verilen önem, cinsiyete göre farklılık

göstermektedir.

4. H0: Güven boyutuna verilen önem, cinsiyete göre farklılık göstermemektedir.

H1: Güven boyutuna verilen önem, cinsiyete göre farklılık göstermektedir.

5. H0: Empati boyutuna verilen önem, cinsiyete göre farklılık göstermemektedir.

H1: Empati boyutuna verilen önem, cinsiyete göre farklılık göstermektedir.

6. H0: Fiziksel özellikler boyutuna verilen önem, yaşa göre farklılık göstermemektedir.

H1: Fiziksel özellikler boyutuna verilen önem, yaşa göre farklılık göstermektedir.

7. H0: Güvenilirlik boyutuna verilen önem, yaşa göre farklılık göstermemektedir.

H1: Güvenilirlik boyutuna verilen önem, yaşa göre farklılık göstermektedir.

8. H0: Heveslilik boyutuna verilen önem, yaşa göre farklılık göstermemektedir.

H1: Heveslilik boyutuna verilen önem, yaşa göre farklılık göstermektedir.

9. H0: Güven boyutuna verilen önem, yaşa göre farklılık göstermemektedir.

H1: Güven boyutuna verilen önem, yaşa göre farklılık göstermektedir.

10. H0: Empati boyutuna verilen önem, yaşa göre farklılık göstermemektedir.

H1: Empati boyutuna verilen önem, yaşa göre farklılık göstermektedir.

11. H0: Fiziksel özellikler boyutuna verilen önem, eğitim durumuna göre farklılık göstermemektedir.

H1: Fiziksel özellikler boyutuna verilen önem, eğitim durumuna göre farklılık göstermektedir.

12. H0: Güvenilirlik boyutuna verilen önem, eğitim durumuna göre farklılık göstermemektedir.

H1: Güvenilirlik boyutuna verilen önem, eğitim durumuna göre farklılık göstermektedir.

13. H0: Heveslilik boyutuna verilen önem, eğitim durumuna göre farklılık göstermemektedir.

H1: Heveslilik boyutuna verilen önem, eğitim durumuna göre farklılık göstermektedir.

14. H0: Güven boyutuna verilen önem, eğitim durumuna göre farklılık göstermemektedir.

H1: Güven boyutuna verilen önem, eğitim durumuna göre farklılık göstermektedir.

15. H0: Empati boyutuna verilen önem, eğitim durumuna göre farklılık göstermemektedir.

H1: Empati boyutuna verilen önem, eğitim durumuna göre farklılık göstermektedir.

16. H0: Fiziksel özellikler boyutuna verilen önem, gelir durumuna göre farklılık göstermemektedir.

H1: Fiziksel özellikler boyutuna verilen önem, gelir durumuna göre farklılık göstermektedir.

17. H0: Güvenilirlik boyutuna verilen önem, gelir durumuna göre farklılık göstermemektedir.

H1: Güvenilirlik boyutuna verilen önem, gelir durumuna göre farklılık göstermektedir.

18. H0: Heveslilik boyutuna verilen önem, gelir durumuna göre farklılık göstermemektedir.

H1: Heveslilik boyutuna verilen önem, gelir durumuna göre farklılık göstermektedir.

19. H0: Güven boyutuna verilen önem, gelir durumuna göre farklılık göstermemektedir.

H1: Güven boyutuna verilen önem, gelir durumuna göre farklılık göstermektedir.

20. H0: Empati boyutuna verilen önem, gelir durumuna göre farklılık göstermemektedir.

H1: Empati boyutuna verilen önem, gelir durumuna göre farklılık göstermektedir.

21. H0: Fiziksel özellikler boyutuna verilen önem, bağlı olunan sosyal güvenlik kurumuna göre farklılık göstermemektedir.

H1: Fiziksel özellikler boyutuna verilen önem, bağlı olunan sosyal güvenlik kurumuna göre farklılık göstermektedir.

22. H0: Güvenilirlik boyutuna verilen önem, bağlı olunan sosyal güvenlik kurumuna göre farklılık göstermemektedir.

H1: Güvenilirlik boyutuna verilen önem, bağlı olunan sosyal güvenlik kurumuna göre farklılık göstermektedir.

23. H0: Heveslilik boyutuna verilen önem, bağlı olunan sosyal güvenlik kurumuna göre farklılık göstermemektedir.

H1: Heveslilik boyutuna verilen önem, bağlı olunan sosyal güvenlik kurumuna göre farklılık göstermektedir.

24. H0: Güven boyutuna verilen önem, bağlı olunan sosyal güvenlik kurumuna göre farklılık göstermemektedir.

H1: Güven boyutuna verilen önem, bağlı olunan sosyal güvenlik kurumuna göre farklılık göstermektedir.

25. H0: Empati boyutuna verilen önem, bağlı olunan sosyal güvenlik kurumuna göre farklılık göstermemektedir.

H1: Empati boyutuna verilen önem, bağlı olunan sosyal güvenlik kurumuna göre farklılık göstermektedir.

### 3.6. VERİLERİN ANALİZİ

Araştırma verilerinin değerlendirilmesinde SPSS 13.0 (Statistical Program for Social Sciences) paket programı %95 güven düzeyinde kullanılmıştır.

Araştırmada aşağıdaki analizler kullanılmıştır:

- a. Ölçeğin güvenilirliğini test etmek için Cronbach Alpha Analizi
- b. Bağımsız değişkenlerin karşılaştırma analizi için Bağımsız T Testi
- c. Gruplu değişkenlerin analizi için One Way Anova Testi

SERVQUAL ölçeğinin algılar ve beklentiler maddeleri 5'li Likert Ölçeğine göre düzenlenmiştir. Her bir soru önermesinde belirtilen puanlardan yalnızca 1(Hiç Katılmıyorum) ve 5(Kesinlikle Katılıyorum) için sözel ifadeler kullanılmıştır. Söz konusu özelliğe ne katılıyor, ne katılmıyorsa 3 numarayı işaretlemeleri araştırmaya katılanlardan istenmiştir.

SERVQUAL puanlarla ilgili olarak; SERVQUAL Puanı = Algılama Puanı – Beklenti Puanı olarak belirlendiğinden, SERVQUAL puanı -4 ile +4 arasında değişmektedir. SERVQUAL puanının pozitif bulunması, hasta beklentilerinin karşılandığı anlamına gelmekte, dolayısıyla hastaların hastane hizmetlerine yönelik kalite algısının yüksek olduğunu ifade etmektedir. SERVQUAL puanının negatif bulunması durumunda, hasta beklentilerinin karşılanmadığı, dolayısıyla hastaların hastane hizmetlerine yönelik kalite algısının düşük olduğu anlamına gelmektedir. SERVQUAL puanının sıfır olarak bulunması, hasta beklentilerinin en azından karşılandığı, dolayısıyla hastanenin hizmet kalitesinin tatminkâr olduğunu ifade etmektedir. Ayrıca, SERVQUAL puanlarının -4 veya +4'e yakınlığı ya da uzaklığı hastanenin hasta beklentilerini karşılama veya karşılayamama derecesi hakkında bilgi vermektedir.

### 3.6.1. Güvenilirlik Analizleri

Araştırmada kullanılan SERVQUAL Modelinin (5'li Likert Tipi Ölçek) güvenilirliğini ortaya koymak amacıyla "Cronbach's Alpha Analizi" yöntemi kullanılmıştır.

Cronbach's Alpha Analizi, bir grup değişkenin iç homojenliğinin saptanmasını, elde edilen bir alpha katsayısı ile mümkün kılmaktadır. Alpha katsayısı bir grup değişkenin aralarında varolan iç korelasyonun ölçümünü yapmakta; diğer bir deyişle her bir değişkenin skorunu hesap ederek, söz konusu değişkenin skorunun, tüm değişkenlerin oluşturduğu ölçeğin ortak değerinin içerisindeki payına, yani ölçeğin değerini ne kadar temsil ettiğine bakarak, söz konusu grup değişkenin güvenilirliğini belirlemektedir (Şekerkaya, 2000: 50).

Alpha katsayısının değerlendirilmesi (Özdamar, 1999: 512):

|                              |                                   |
|------------------------------|-----------------------------------|
| 0,00 – 0,40 (hariç) arasında | : Ölçek Güvenilir Değil           |
| 0,40 – 0,60 (hariç) arasında | : Ölçek Düşük Güvenilirlikte      |
| 0,60 – 0,80 (hariç) arasında | : Ölçek Oldukça Güvenilir         |
| 0,80 – 1,00 arasında         | : Ölçek Yüksek Derecede Güvenilir |

Araştırmada kullanılan SERVQUAL ölçeğinin beklentiler ve algılar bölümlerinin maddeleri üzerinde %95 güven düzeyinde SPSS 13.0 istatistiksel analiz programı kullanılarak ölçeğin tamamı ve kalite boyutları üzerinde güvenilirlik analizi uygulanmıştır. İki ankete yönelik yapılan güvenilirlik analizlerinin sonuçları aşağıda sunulmuştur:

**Tablo 12: Algılanan Hizmet Kalitesi Ölçeği Güvenilirlik Katsayıları**

| BOYUT                      | CRONBACH'S ALPHA |
|----------------------------|------------------|
| Tüm Anket                  | 0,9634           |
| Fiziksel Özellikler Boyutu | 0,8147           |
| Güvenilirlik Boyutu        | 0,9065           |
| Heveslilik Boyutu          | 0,8738           |
| Güven Boyutu               | 0,8889           |
| Empati Boyutu              | 0,8935           |

Tablo 12'de görüldüğü gibi Anketin tamamı ve tüm kalite boyutları için bulunan alpha katsayısı, ölçeğin yüksek derecede güvenilir olduğu sonucunu vermektedir.

**Tablo 13: Beklenen Hizmet Kalitesi Ölçeği Güvenilirlik Katsayıları**

| BOYUT                      | CRONBACH'S ALPHA |
|----------------------------|------------------|
| Tüm Anket                  | 0,8952           |
| Fiziksel Özellikler Boyutu | 0,6129           |
| Güvenilirlik Boyutu        | 0,6390           |
| Heveslilik Boyutu          | 0,7464           |
| Güven Boyutu               | 0,7340           |
| Empati Boyutu              | 0,8637           |

Tablo 13'te görüleceği gibi beklenen hizmet kalitesi ölçeği katsayıları tüm anket ve empati boyutu için yüksek derecede güvenilir; fiziksel özellikler, güvenilirlik, heveslilik ve güven boyutları için oldukça güvenilir bulunmuştur.

Buna göre, her iki anket için yapılan güvenilirlik analizleri sonucunda anketin tamamı ve kalite boyutlarının güvenilir olduğu ortaya konmuştur.

### 3.6.2. Betimsel İstatistikler

**Tablo 14: Araştırmaya Katılan Hastaların Cinsiyet, Yaş, Eğitim Durumu, Gelir Düzeyi ve Bağlı Oldukları Sosyal Güvenlik Kurumuna Göre Dağılımı**

|                       | Sayı | Yüzde (%) |
|-----------------------|------|-----------|
| <b>Cinsiyet</b>       |      |           |
| Kadın                 | 144  | 47,4      |
| Erkek                 | 160  | 52,6      |
| TOPLAM                | 304  | 100,0     |
| <b>Yaş Aralığı</b>    |      |           |
| 18-25                 | 28   | 9,2       |
| 26-35                 | 66   | 21,7      |
| 36-49                 | 72   | 23,7      |
| 50 ve üstü            | 138  | 45,4      |
| TOPLAM                | 304  | 100,0     |
| <b>Eğitim Durumu</b>  |      |           |
| İlkokul               | 71   | 23,4      |
| Ortaokul              | 31   | 10,2      |
| Lise                  | 78   | 25,7      |
| Meslek Yüksekokulu    | 22   | 7,2       |
| Üniversite            | 86   | 28,3      |
| Yüksek Lisans ve üstü | 16   | 5,3       |
| TOPLAM                | 304  | 100,0     |

| <b>Aylık Gelir</b>                         |     |       |
|--------------------------------------------|-----|-------|
| 1000 YTL'nin altında                       | 152 | 50,0  |
| 1000–1999 YTL                              | 115 | 37,8  |
| 2000–2999 YTL                              | 22  | 7,2   |
| 3000 YTL ve üstü                           | 15  | 4,9   |
| TOPLAM                                     | 304 | 100,0 |
| <b>Bağlı Olunan Sosyal Güvenlik Kurumu</b> |     |       |
| Emekli Sandığı                             | 137 | 45,1  |
| SSK                                        | 133 | 43,8  |
| Bağ-Kur                                    | 25  | 8,2   |
| Diğer                                      | 9   | 3,0   |
| TOPLAM                                     | 304 | 100,0 |

Araştırmaya katılan hastaların %47,4'ünü(144 kişi) kadınlar, %52,6'sını(160 kişi) erkekler oluşturmaktadır.

Araştırmaya katılan hastaların %45,4'ü(138 kişi) 50 yaş ve üstünde, %23,7'si(72 kişi) 36–49 yaş aralığında, %21,7'si(66 kişi) 26–35 yaş aralığında, % 9,2'si(28 kişi) ise 18–25 yaş aralığındadır.

Araştırmaya katılan hastaların %28,3'ü(86 kişi) üniversite mezunudur. İkinci sırada %25,7(78 kişi) lise mezunları, üçüncü sırada %23,4(71 kişi) ilkokul mezunları, dördüncü sırada %10,2(31 kişi) ile ortaokul mezunları, beşinci sırada %7,2(22 kişi) ile meslek yüksekokulu mezunları ve son sırada da %5,3(16 kişi) ile yüksek lisans ve üstü mezunları yer almaktadır. Araştırmaya katılan hastaların %66,4'ü lise ve yukarısı eğitim seviyesindedir. Bu durum anket sorularının anlaşılabilirliğini ve sonuçlarının güvenilirliğini artırmaktadır.

Ankete katılan hastaların %50'si(152 kişi) 1000 YTL'nin altında, %37,8'i(115 kişi) 1000–1999 YTL arası, %7,2'si(22 kişi) 2000–2999 YTL arası, %4,9'u(15 kişi) 3000 YTL ve üstü aylık gelire sahiptir.

Araştırmaya katılan hastaların %45,1'i(137 kişi) Emekli Sandığı, %43,8'i(133 kişi) SSK, %8,2'si(25 kişi) Bağ-Kur, %3'ü(9 kişi) ise diğer sosyal güvenlik kurumlarına bağlıdır.

### 3.6.3. SERVQUAL Puanlarının Hesaplanması

Tezin ikinci bölümünde açıklandığı gibi SERVQUAL Metodunda hizmet kalitesi değerlendirmesi müşterilerin (hastaların) “beklenti-algı” çiftlerine verdikleri puanlar arasındaki farkın hesaplanmasına dayanmaktadır. Bu durumda elde edilen faktörler üzerinden SERVQUAL puanı aşağıdaki gibi hesaplanmıştır:

$$\text{SERVQUAL Puanı} = \text{Algı Puanı} - \text{Beklenti Puanı}$$

$$P(n) = A(n) - B(n)$$

$$P(n) = (n). \text{ İfade için SERVQUAL puanı}$$

$$A(n) = (n). \text{ Algı ifadesinin puanı}$$

$$B(n) = (n). \text{ Beklenti ifadesinin puanı}$$

Ardından, her bir boyuta giren ifadelerin fark puanlarının toplamı alınarak söz konusu boyut içinde yer alan ifade sayısına bölünmüştür:

$$SQ(m) = (P(i1) + P(i2) + P(i3) + \dots) / i$$

$$SQ(m) = m. \text{ Faktör için ortalama fark puanı}$$

$$İ = \text{Boyut içindeki ifade sayısı}$$

Faktörlerin puanları bulunduktan sonra her bir faktör puanı toplanarak

faktör sayısına bölünmüştür:

$$\text{Ortalama SERVQUAL Puanı} = \frac{(\text{SQ(m1)} + \text{SQ(m2)} + \text{SQ(m3)} + \text{SQ(m4)} + \text{SQ(m5)})}{5}$$

SQ(m)=m. Faktör için ortalama fark puanı

M=Toplam faktör sayısı

**Tablo 15: Ortalama SERVQUAL Puanları**

|                                | N   | Minimum | Maksimum | Ortalama        | St. Sapma |
|--------------------------------|-----|---------|----------|-----------------|-----------|
| Fiziksel Özellikler            | 304 | -4,00   | 1,00     | -0,9342         | 1,0034    |
| Güvenilirlik                   | 304 | -4,00   | 1,80     | -0,9632         | 1,1526    |
| Heveslilik                     | 304 | -4,00   | 2,00     | -0,8503         | 1,1142    |
| Güven                          | 304 | -4,00   | 2,75     | -0,6842         | 1,0937    |
| Empati                         | 304 | -4,00   | 2,20     | -0,7408         | 1,1747    |
| <b>Ortalama SERVQUAL Puanı</b> |     |         |          | <b>-0,83454</b> |           |

Tablo 15'te görüldüğü gibi İbni Sina Hastanesi'nin hizmet kalitesi, aldığı -0,8345 SERVQUAL puanı ile hastaları tarafından düşük algılanmaktadır. Hastaların her bir kalite boyutuna verdikleri önem düzeyinin tespit edilmesinin ardından hesaplanacak ağırlıklandırılmış SERVQUAL puanlarına göre analiz yapılacaktır.

Anketin dördüncü bölümünde, ankete katılan hastaların, her bir kalite boyutuna verdikleri önem düzeyleri tespit edilmiştir:

**Tablo 16: Kalite Boyutlarının Önem Derecelerine Göre Ağırlıklandırılması**

|                     | N   | Ortalama | St. Sapma |
|---------------------|-----|----------|-----------|
| Fiziksel Özellikler | 304 | 0,2019   | 0,0965    |
| Güvenilirlik        | 304 | 0,2415   | 0,1067    |
| Heveslilik          | 304 | 0,1960   | 0,0729    |
| Güven               | 304 | 0,1927   | 0,0817    |
| Empati              | 304 | 0,1677   | 0,0769    |

Analizin sonucunda; araştırmaya katılan hastaların en fazla güvenilirlik boyutuna(%24,1), ikinci olarak fiziksel özellikler boyutuna(%20,1), ardından hemen hemen aynı oranda heveslilik(%19,6) ve güven boyutuna(%19,2), en düşük oranda da empati boyutuna(%16,7) önem verdiği belirlenmiştir.

Ağırlıklandırılmış SERVQUAL puanını hesaplamak için saptanan ağırlıklar ve ait oldukları puan çarpılmıştır.

Ağırlıklandırılmış SERVQUAL Puanı=

$$(SQ1 \times 0,2019 + SQ2 \times 0,2415 + SQ3 \times 0,1960 + SQ4 \times 0,1927 + SQ5 \times 0,1677) / 5$$

**Tablo 17: Ağırlıklandırılmış SERVQUAL Puanı**

|                                   | N   | Minimum  | Maksimum | Ortalama          | St. Sapma |
|-----------------------------------|-----|----------|----------|-------------------|-----------|
| Fiziksel Özellikler               | 304 | -1,62500 | ,40000   | -0,1945888        | ,2658149  |
| Güvenilirlik                      | 304 | -1,70000 | ,36000   | -0,2428553        | ,3235849  |
| Heveslilik                        | 304 | -2,40000 | ,50000   | -0,1667023        | ,2676811  |
| Güven                             | 304 | -2,25000 | ,55000   | -0,1320066        | ,2473856  |
| Empati                            | 304 | -1,20000 | ,88000   | -0,1190658        | ,1190658  |
| Ağırlıklandırılmış SERVQUAL Puanı |     |          |          | <b>-0,1710438</b> |           |

Önem dereceleri yardımıyla hesaplanan ağırlıklandırılmış SERVQUAL puanı değerlendirmesi sonucunda İbni Sina Hastanesi'nin aldığı -0,1710 puan hasta beklentilerinin karşılanmadığı, dolayısıyla hastaların hastane hizmetlerine yönelik kalite algısının düşük olduğu anlamına gelmektedir. Başka bir ifadeyle İbni Sina Hastanesi, beklenenden düşük kalitede hizmet sunmaktadır.

Boyutlar bazında incelendiğinde hizmet kalitesine yönelik beş boyuta ait kalite algısının negatif olduğu görülmektedir. En düşük puanı -0,2428 ile güvenilirlik almıştır. Ardından -0,1945 ile fiziksel özellikler, -0,1667 ile heveslilik, -0,132 ile güven ve -0,1190 ile empati boyutu yer almaktadır.

### 3.6.4. Hipotez Testleri

Rastlantısal olarak seçilmiş olan örneklemelerden elde edilen sonuçların değerleri hakkında sonuçları saptamak amacıyla hipotez testleri yapılmıştır.

### a. Cinsiyete Göre Değerlendirme

Hizmet kalitesi boyutlarına verilen önemin cinsiyete göre farklılık gösterip göstermediği sonucunu çıkarmayı amaçlayan aşağıdaki hipotezler % 95 Güven aralığında Bağımsız T Testi ile test edilmiştir. P değerine bakılarak %5 hata payı için hipotez sonuçları değerlendirilmiştir ( $P > 0,05$  ise  $H_0$  Kabul,  $P < 0,05$  ise  $H_0$  Red).

$H_0$ : Fiziksel özellikler boyutuna verilen önem, cinsiyete göre farklılık göstermemektedir.

$H_1$ : Fiziksel özellikler boyutuna verilen önem, cinsiyete göre farklılık göstermektedir.

$P = 0,013$        **$H_0$  Red**

$H_0$ : Güvenilirlik boyutuna verilen önem, cinsiyete göre farklılık göstermemektedir.

$H_1$ : Güvenilirlik boyutuna verilen önem, cinsiyete göre farklılık göstermektedir.

$P = 0,001$        **$H_0$  Red**

$H_0$ : Heveslilik boyutuna verilen önem, cinsiyete göre farklılık göstermemektedir.

$H_1$ : Heveslilik boyutuna verilen önem, cinsiyete göre farklılık göstermektedir.

$P=0,071$        $H_0$  Kabul

$H_0$ : Güven boyutuna verilen önem, cinsiyete göre farklılık göstermemektedir.

$H_1$ : Güven boyutuna verilen önem, cinsiyete göre farklılık göstermektedir.

$P=0,010$        **$H_0$  Red**

$H_0$ : Empati boyutuna verilen önem, cinsiyete göre farklılık göstermemektedir.

$H_1$ : Empati boyutuna verilen önem, cinsiyete göre farklılık göstermektedir.

$P=0,159$        $H_0$  Kabul

Buna göre; fiziksel özellikler, güvenilirlik ve güven boyutlarına verilen önem, cinsiyete göre farklılık göstermektedir. Heveslilik ve empati boyutlarına verilen önem, cinsiyete göre farklılık göstermemektedir.

## b. Yaşa Göre Değerlendirme

**Tablo 18: Yaşa Göre SERVQUAL Puanları**

| Yaş aralığı    | N   | Fiziksel özellikler | Güvenilirlik | Heveslilik | Güven    | Empati   |
|----------------|-----|---------------------|--------------|------------|----------|----------|
| 18-25          | 28  | -0,20036            | -0,22836     | -0,19036   | -0,13134 | -0,13857 |
| 26-35          | 66  | -0,23428            | -0,37970     | -0,21477   | -0,21667 | -0,16409 |
| 36-49          | 72  | -0,15517            | -0,18347     | -0,14979   | -0,11608 | -0,12678 |
| 50 yaş ve üstü | 138 | -0,19500            | -0,21133     | -0,14774   | -0,09996 | -0,08955 |

Hizmet kalitesi boyutlarına verilen önemin yaşa göre farklılık gösterip göstermediği sonucunu çıkarmayı amaçlayan aşağıdaki hipotezler %95 güven aralığında One Way Anova Testi ile değerlendirilmiştir. P Değerine bakılarak %5 hata payı için hipotez sonuçları değerlendirilmiştir. Hizmet kalitesi boyutlarına verilen önemin yaşa göre farklılık göstermesi durumunda Tablo 18'e göre sonuçlar değerlendirilmiştir.

H0: Fiziksel özellikler boyutuna verilen önem, yaşa göre farklılık göstermemektedir.

H1: Fiziksel özellikler boyutuna verilen önem, yaşa göre farklılık göstermektedir.

P=0,383      H0 Kabul

H0: Güvenilirlik boyutuna verilen önem, yaşa göre farklılık göstermemektedir.

H1: Güvenilirlik boyutuna verilen önem, yaşa göre farklılık göstermektedir.

P=0,001      **H0 Red**

Tablo 18'e bakıldığında, araştırmaya katılan 26-35 yaş grubundaki hastalar hastanenin güvenilirlik boyutuna ait kalite düzeyini diğer yaş gruplarına göre düşük bulmaktadır.

H0: Heveslilik boyutuna verilen önem, yaşa göre farklılık göstermemektedir.

H1: Heveslilik boyutuna verilen önem, yaşa göre farklılık göstermektedir.

P=0,345      H0 Kabul

H0: Güven boyutuna verilen önem, yaşa göre farklılık göstermemektedir.

H1: Güven boyutuna verilen önem, yaşa göre farklılık göstermektedir.

P=0,015      **H0 Red**

Tablo 18'e göre, 26-35 yaş grubundaki hastalar hastanenin güven boyutuna yönelik hizmet kalitesini diğer yaş gruplarına oranla daha düşük değerlendirmişlerdir.

H0: Empati boyutuna verilen önem, yaşa göre farklılık göstermemektedir.

H1: Empati boyutuna verilen önem, yaşa göre farklılık göstermektedir.

P=0,189 H0 Kabul

Buna sonuçlara göre; güvenilirlik ve güven boyutuna verilen önem, yaşa göre farklılık göstermektedir. Fiziksel özellikler, heveslilik ve empati boyutlarına verilen önem, yaşa göre farklılık göstermemektedir.

### c. Eğitim Durumuna Göre Değerlendirme

**Tablo 19: Eğitim Durumuna Göre SERVQUAL Puanları**

| Eğitim                | N  | Fiziksel özellikler | Güvenilirlik | Heveslilik | Güven   | Empati  |
|-----------------------|----|---------------------|--------------|------------|---------|---------|
| İlkokul               | 71 | -0,1583             | -0,1506      | -0,1040    | -0,0489 | -0,0909 |
| Ortaokul              | 31 | -0,1395             | -0,0745      | -0,1068    | -0,0758 | -0,0680 |
| Lise                  | 78 | -0,1486             | -0,2003      | -0,1402    | -0,0747 | -0,0889 |
| Meslek Yüksekokulu    | 22 | -0,2443             | -0,3527      | -0,1869    | -0,2153 | -0,2113 |
| Üniversite            | 86 | -0,2460             | -0,3186      | -0,2194    | -0,2218 | -0,1425 |
| Yüksek Lisans ve üstü | 16 | -0,3414             | -0,6275      | -0,3781    | -0,2906 | -0,2362 |

Hizmet kalitesi boyutlarına verilen önemin eğitim durumuna göre farklılık gösterip göstermediğini sonucunu çıkarmayı amaçlayan aşağıdaki

hipotezler %95 güven aralığında One Way Anova Testi ile değerlendirilmiştir. P Değerine bakılarak %5 hata payı için hipotez sonuçları değerlendirilmiştir. Hizmet kalitesi boyutlarına verilen önemin eğitim durumuna göre farklılık göstermesi durumunda sonuçlar Tablo 19'dan yararlanılarak değerlendirilmiştir.

H0: Fiziksel özellikler boyutuna verilen önem, eğitim durumuna göre farklılık göstermemektedir.

H1: Fiziksel özellikler boyutuna verilen önem, eğitim durumuna göre farklılık göstermektedir.

P=0,015      **H0 Red**

H0: Güvenilirlik boyutuna verilen önem, eğitim durumuna göre farklılık göstermemektedir.

H1: Güvenilirlik boyutuna verilen önem, eğitim durumuna göre farklılık göstermektedir.

P=0,000      **H0 Red**

H0: Heveslilik boyutuna verilen önem, eğitim durumuna göre farklılık göstermemektedir.

H1: Heveslilik boyutuna verilen önem, eğitim durumuna göre farklılık göstermektedir.

P=0,001      **H0 Red**

H0: Güven boyutuna verilen önem, eğitim durumuna göre farklılık göstermemektedir.

H1: Güven boyutuna verilen önem, eğitim durumuna göre farklılık göstermektedir.

P=0,000      **H0 Red**

H0: Empati boyutuna verilen önem, eğitim durumuna göre farklılık göstermemektedir.

H1: Empati boyutuna verilen önem, eğitim durumuna göre farklılık göstermektedir.

P=0,037      **H0 Red**

Hizmet kalitesinin tüm boyutlarına verilen önem, eğitim durumuna göre farklılık göstermektedir. Tablo 19 incelendiğinde eğitim seviyesi arttıkça algılanan kalite düzeyinin düşmekte olduğu görülmektedir. Bu sonuçlar Tablo 19'dan faydalanarak değerlendirildiğinde;

- Meslek yüksekokulu, üniversite ve yüksek lisans ve üstü eğitim seviyesindeki hastaların, hastanenin fiziksel kalitesine yönelik SERVQUAL puanı ilkokul, ortaokul ve lise mezunlarına göre anlamlı düzeyde düşüktür.
- Meslek yüksekokulu, üniversite ve yüksek lisans ve üstü eğitim seviyesindeki hastaların güvenilirlik boyutuna yönelik kalite algıları, ilkokul, ortaokul ve lise mezunlarına göre düşüktür. Güvenilirlik boyutunda hastanenin hizmet kalitesini en düşük değerlendiren grup,

yüksek lisans ve üstü düzeyde eğitim almış hastalardır.

- Heveslilik boyutunda hastanenin hizmet kalitesini en düşük değerlendiren grup, yüksek lisans ve üstü düzeyde eğitim almış hastalardır.
- Meslek yüksekokulu, üniversite ve yüksek lisans ve üstü eğitim seviyesindeki hastaların, hastanenin güven boyutuna yönelik SERVQUAL puanı ilkökul, ortaokul ve lise mezunlarına göre anlamlı düzeyde düşüktür.

#### d. Gelir Durumuna Göre Değerlendirme

**Tablo 20: Gelir Durumuna Göre SERVQUAL Puanları**

| Aylık Gelir   | N   | Fiziksel Özellikler | Güvenilirlik | Heveslilik | Güven    | Empati  |
|---------------|-----|---------------------|--------------|------------|----------|---------|
| 1000 YTL altı | 152 | -0,1851             | -0,1695      | -0,1158    | -0,0946  | -0,0855 |
| 1000-1999     | 115 | -0,2037             | -0,2831      | -0,1881    | -0,16291 | -0,1406 |
| 2000-2999     | 22  | -0,1977             | -0,4940      | -0,2715    | -0,2142  | -0,1759 |
| 3000 ve üstü  | 15  | -0,2155             | -0,3086      | -0,3641    | -0,1528  | -0,2100 |

Hizmet kalitesi boyutlarına verilen önemin aylık gelir durumuna göre farklılık gösterip göstermediğini sonucunu çıkarmayı amaçlayan aşağıdaki hipotezler %95 güven aralığında One Way Anova Testi ile değerlendirilmiştir. P Değerine bakılarak %5 hata payı için hipotez sonuçları değerlendirilmiştir. Hizmet kalitesi boyutlarına verilen önemin aylık gelir durumuna göre farklılık göstermesi durumunda sonuçlar Tablo 20'den yararlanılarak değerlendirilmiştir.

H0: Fiziksel özellikler boyutuna verilen önem, gelir durumuna göre farklılık göstermemektedir.

H1: Fiziksel özellikler boyutuna verilen önem, gelir durumuna göre farklılık göstermektedir.

P=0,936      H0 Kabul

H0: Güvenilirlik boyutuna verilen önem, gelir durumuna göre farklılık göstermemektedir.

H1: Güvenilirlik boyutuna verilen önem, gelir durumuna göre farklılık göstermektedir.

P=0,000      **H0 Red**

Araştırmaya katılan hastalardan aylık geliri 2000-2999 YTL arasında olanlar hastanenin güvenilirlik kalitesini diğer gelir gruplarına oranla daha düşük düzeyde algılamaktadır.

H0: Heveslilik boyutuna verilen önem, gelir durumuna göre farklılık göstermemektedir.

H1: Heveslilik boyutuna verilen önem, gelir durumuna göre farklılık göstermektedir.

P=0,000      **H0 Red**

Araştırmaya katılan hastaların, hastane çalışanlarının hizmet sunumundaki hevesliliğine ait kalite algıları değerlendirildiğinde aylık geliri 2000-2999 ve 3000 ve üzerinde olan hastalar, hastane çalışanlarının hevesliliğini diğer gelir gruplarındakilere göre düşük bulmaktadır.

H0: Güven boyutuna verilen önem, gelir durumuna göre farklılık göstermemektedir.

H1: Güven boyutuna verilen önem, gelir durumuna göre farklılık göstermektedir.

P=0,051      H0 Kabul

H0: Empati boyutuna verilen önem, gelir durumuna göre farklılık göstermemektedir.

H1: Empati boyutuna verilen önem, gelir durumuna göre farklılık göstermektedir.

P=0,058      H0 Kabul

Bu sonuçlara göre; güvenilirlik ve heveslilik boyutlarına verilen önem, aylık gelir durumuna göre farklılık göstermekteyken; fiziksel özellikler, güven ve empati boyutuna verilen önem gelir durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

#### **e. Sosyal Güvenlik Kurumuna Göre Değerlendirme**

Hizmet kalitesi boyutlarına verilen önemin bağlı olunan sosyal güvenlik kurumuna göre farklılık gösterip göstermediğini sonucunu çıkarmayı amaçlayan aşağıdaki hipotezler %95 güven aralığında One Way Anova Testi ile değerlendirilmiştir. P Değerine bakılarak %5 hata payı için hipotez

sonuçları değerlendirilmiştir .

H0: Fiziksel özellikler boyutuna verilen önem, bağlı olunan sosyal güvenlik kurumuna göre farklılık göstermemektedir.

H1: Fiziksel özellikler boyutuna verilen önem, bağlı olunan sosyal güvenlik kurumuna göre farklılık göstermektedir.

P=0,715 H0 Kabul

H0: Güvenilirlik boyutuna verilen önem, bağlı olunan sosyal güvenlik kurumuna göre farklılık göstermemektedir.

H1: Güvenilirlik boyutuna verilen önem, bağlı olunan sosyal güvenlik kurumuna göre farklılık göstermektedir.

P=0,210 H0 Kabul

H0: Heveslilik boyutuna verilen önem, bağlı olunan sosyal güvenlik kurumuna göre farklılık göstermemektedir.

H1: Heveslilik boyutuna verilen önem, bağlı olunan sosyal güvenlik kurumuna göre farklılık göstermektedir.

P=0,812 H0 Kabul

H0: Güven boyutuna verilen önem, bağlı olunan sosyal güvenlik kurumuna göre farklılık göstermemektedir.

H1: Güven boyutuna verilen önem, bağlı olunan sosyal güvenlik kurumuna göre farklılık göstermektedir.

P=0,927 H0 Kabul

H0: Empati boyutuna verilen önem, bağlı olunan sosyal güvenlik kurumuna göre farklılık göstermemektedir.

H1: Empati boyutuna verilen önem, bağlı olunan sosyal güvenlik kurumuna göre farklılık göstermektedir.

P=0,753 H0 Kabul

Bu sonuçlara göre; hizmet kalitesinin tüm boyutlarına verilen önem, bağlı olunan sosyal güvenlik kurumuna göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

**Tablo 21: Hipotez Test Sonuçları**

|                            | <b>Cinsiyet</b> | <b>Yaş</b> | <b>Sosyal Güvenlik Kurumu</b> | <b>Eğitim</b> | <b>Aylık Gelir</b> |
|----------------------------|-----------------|------------|-------------------------------|---------------|--------------------|
| <b>Fiziksel Özellikler</b> | Fark var        | Fark yok   | Fark yok                      | Fark var      | Fark yok           |
| <b>Güvenilirlik</b>        | Fark var        | Fark var   | Fark yok                      | Fark var      | Fark var           |
| <b>Heveslilik</b>          | Fark yok        | Fark yok   | Fark yok                      | Fark var      | Fark var           |
| <b>Güven</b>               | Fark var        | Fark var   | Fark yok                      | Fark var      | Fark yok           |
| <b>Empati</b>              | Fark yok        | Fark yok   | Fark yok                      | Fark var      | Fark yok           |

Hizmet kalitesi boyutlarına ait algıların cinsiyet, yaş, bağlı olunan sosyal güvenlik kurumu, eğitim seviyesi ve aylık gelire göre farklılık gösterip göstermediğine ilişkin hipotez test sonuçları Tablo 21’de toplu olarak gösterilmiştir.

## SONUÇ VE ÖNERİLER

Bir üniversite hastanesinden hizmet alan hastaların hastane hizmetlerine ilişkin beklenen ve algılanan kalite düzeyini ölçmek ve hizmet kalitesinin hastaların demografik ve sosyokültürel özellikleriyle olan ilişkisini incelemek amacıyla yapılan bu araştırmanın sonucunda toplanan veriler analiz edilerek, hastanenin algılanan hizmet kalitesi puanı, boyut bazında genel olarak belirlenmiş ve kurulan hipotezler çevresinde bu puanların demografik ve sosyokültürel özelliklerle ilişkileri değerlendirilmiştir.

Araştırmada elde edilen önemli bulgulardan biri hasta bakış açısı ile hizmet kalitesi boyutlarının önem derecelerinin tespit edilmesidir. Araştırmaya katılan hastaların hizmet kalitesine ilişkin öngörülen boyutları puanladıkları bölümden elde edilen veriler; önem düzeyinde ilk sırada güvenilirlik boyutunun(%24,15), ikinci olarak fiziksel özellikler boyutunun(%20,19), ardından hemen hemen aynı oranda heveslilik(%19,60) ve güven boyutunun(%19,27), son olarak da empati boyutunun(%16,77) yer aldığını göstermektedir. Literatür incelendiğinde SERVQUAL analizi ile çeşitli hastane işletmelerinde yapılan çalışmalarda; Sevimli (2006), ankete katılan hastaların en fazla güvenilirlik boyutuna, daha sonra sırasıyla heveslilik, empati, fiziksel özellikler ve güven boyutuna önem verdikleri; Bakır (2006), hastaların en fazla güvenilirlik boyutuna, ardından sırasıyla güven, heveslilik, fiziki özellikler ve empati boyutuna önem verdikleri; Hastaoğlu (2007), hastaların en fazla güvenilirlik boyutuna, ardından sırasıyla heveslilik, güven, empati ve fiziksel özellikler boyutuna önem verdikleri; Mohammad (2007), hastaların en çok güvenilirlik boyutuna, ardından aynı oranda güven, heveslilik ve empati boyutuna, en az da fiziksel özellikler boyutuna önem verdiklerini saptamıştır. Bu bağlamda hastane işletmelerinde “güvenilirlik” hizmet kalitesi boyutunun hastalar tarafından en önemli hizmet kalitesi boyutu olarak değerlendirilmesine literatürde de sıklıkla rastlanmaktadır.

Hastane işletmelerinde sunulan hizmetin doğrudan insan hayatı ile

ilgili olması, hizmetin doğru ve güvenilir şekilde yerine getirilmesi gerekliliğini doğrulamaktadır. Dolayısıyla güvenilirlik boyutunun hastalar tarafından en önemli hizmet kalitesi boyutu olarak değerlendirilmesi şaşırtıcı değildir. Bu sonuç, İbni Sina Hastanesi yönetimi ve çalışanlarının öncelikle üzerinde durması gerektiği konunun kurumun “güvenilirliği” olduğunu ifade etmektedir.

Hastanenin sahip olduğu teknoloji ve görsel malzemelerin ve bunların görünümüne verilen önemin yüksek çıkmasının(%20,19) nedeni, doğru teşhis ve tedavinin teknik donanımın kalitesi ile sağlanabileceğine ilişkin kanı olabilir. Fiziksel özellikler boyutuna ilişkin soru önermelerinden biri de hastane çalışanlarının temiz ve şık görünüşlü olup olmadıklarına ilişkin ifadedir. Hastaların, temiz ve bakımlı bir çalışanın kendine gösterdiği özeni hastalarına da göstereceği ve bunun da kaliteyi artıracığı inancının bu boyuta verilen puana etki ettiği düşünülmektedir.

Hastane çalışanların hizmet sunumundaki isteklilik, hastaların çalışanlardan bekledikleri saygı gibi konuları ifade eden heveslilik boyutu ile hastaneye duydukları güven boyutu araştırmaya katılan hastalarca yaklaşık aynı oranda önemsenmektedir. Her iki boyut da neredeyse fiziksel özellikler kadar önemli bulunmuştur. Sağlık hizmetlerinin ileri derecede uzmanlık gerektirmesi sebebiyle hastanın hizmet sunanlara kendisini psikolojik olarak bağımlı hissetmesi, tedavisi boyunca kendisine hizmet veren sağlık profesyonellerinin bilgi ve deneyimlerine güvenmek istemesi, çalışanların hizmet sunmada istekli olması hizmet kalitesi boyutlarını değerlendirmede hastalara ışık tutmaktadır. Hastalara gösterilen bireysel ilgiyi ifade eden empati boyutu ise, hastaların kalite algısı açısından en az önemli bulunmuştur.

Söz konusu önem dereceleri yardımıyla yapılan Ağırlıklandırılmış SERVQUAL Puanı değerlendirmesine göre; İbni Sina Hastanesi’nin aldığı -0,1710 puan, genel olarak algılanan hizmet kalitesinin düşük olduğu sonucunu vermektedir. Hizmet kalitesine ilişkin tüm boyutlar düşük puan almıştır. Bu sonuç, hastanenin hizmet kalitesini artırmak için beş boyutta da

iyileşme yapması gerektiği sonucuna götürmektedir. Boyutlar bazında ise en düşük puanı, hastaların en çok önem verdiği hizmet kalitesi boyutu olan güvenilirlik boyutu almıştır. Bu sonuca göre, İbni Sina Hastanesinde hizmet kalitesini yükseltmek için yapılacak kalite çalışmalarında öncelik güvenilirlik boyutuna verilmelidir. Güvenilirlik boyutunun içinde yer alan kavramları detaylandırmak gerekirse; hizmetlerini söz verdiği zamanda yerine getirme, kayıtların doğru ve titiz tutulmasını sağlama, hizmetin tam olarak ne zaman verileceğini hastalarına bildirme ve hizmeti mümkün olan en kısa sürede verme, faturalamanın doğru yapılması konularında iyileştirme yapılması gerekmektedir. Bu bilgiler ışığında hastanenin, güvenilirlik konusunda hastaların beklentilerini karşılayamadığı ve bu yönü ile kalitesinin düşük olduğu sonucuna varılmaktadır.

En düşük ikinci puanı fiziksel özellikler boyutu almış olup, hastanenin fiziki donanımının, hastaların ihtiyaçlarını karşılayacak düzeyde olmadığı görülmektedir. Bunun nedeni hastanenin fiziksel yapısının tam olarak düzenlenememiş olması, tadilatların yarattığı görüntü ve ses kirliliği, malzemelerin eski ve bakımsız olması olabilir. Hastane yönetiminin teknolojiye uygun ve çağdaş donanıma sahip olma, fiziki tesislerinin görünümü, hastane çalışanlarının temiz ve şık görünümü, hizmetle alakalı malzemelerin düzgün görünümü konularında iyileştirme yapması gerektiği söylenebilir.

Hipotez testleri sonucunda; fiziksel özellikler, güvenilirlik ve güven boyutlarına verilen önem, cinsiyete göre farklılık göstermektedir. Heveslilik ve empati boyutlarına verilen önem, cinsiyete göre farklılık göstermemektedir. Güvenilirlik ve güven boyutuna verilen önem, yaşa göre farklılık göstermektedir. Araştırmaya katılan 26-35 yaş grubundaki hastalar hastanenin güvenilirlik ve güven boyutuna ilişkin kalite düzeyini diğer yaş gruplarına göre düşük bulmaktadır. Bu yaş grubundaki hastaların diğer yaş gruplarına oranla aldıkları hizmetin kalitesinden memnun olmamalarının nedeni, bu yaş grubundaki kişilerin iletişim araçlarından daha çok

yararlanmaları, gelişme ve yeniliklerden haberdar olmaları, diğer sağlık işletmeleriyle kıyaslama yapmaları, dolayısıyla beklentilerinin daha fazla olması olabilir. Fiziksel özellikler, heveslilik ve empati boyutlarına verilen önem, yaşa göre farklılık göstermemektedir.

Eğitim durumuna göre, tüm boyutlara verilen önem farklılık göstermektedir. Eğitim seviyesi arttıkça algılanan kalite düzeyinin düşmekte olduğu görülmektedir. Bu farklılığın, eğitim seviyesi arttıkça insanların beklentilerinin artması ve değerlendirmelerinde daha ayrıntıcı olmalarından kaynaklandığı düşünülebilir.

Güvenilirlik ve heveslilik boyutlarına verilen önem, aylık gelir durumuna göre farklılık göstermekteyken; fiziksel özellikler, güven ve empati boyutuna verilen önem gelir durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir. Son olarak; hizmet kalitesinin tüm boyutlarına verilen önem, bağlı olunan sosyal güvenlik kurumuna göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

SERVQUAL analizinin hizmet kalitesine yönelik hasta beklenti ve algılarını her bir boyut için ayrı ayrı ölçme imkanı sağlaması, hastane işletmelerinin sunduğu hizmetlerin kalitesinin değerlendirilmesi açısından hastane yöneticilerine önemli bilgiler sağlamaktadır. Hizmet işletmelerinde, hizmeti sunanlarla hizmeti alanlar sürekli temas halinde olduğundan, hizmet sunum sürecinde yapılacak yapısal değişiklikler tüketici tarafından çok çabuk algılanacaktır. Ayrıca, hastalar hizmet aldıkları hastanelere ve doktorlara duydukları güven, sağlıklarıyla ilgili kayıtların tek bir kurumda tutulması gibi nedenlerle, hizmet aldıkları kurumu değiştirmeme eğilimindedir. Uzun süredir hizmet aldıkları hastanedeki işleyişte yapılan değişiklikleri çok çabuk fark edeceklerdir. Yapılan yapısal değişikliklerin tüketici üzerindeki olumlu ya da olumsuz etkileri de SERVQUAL Modeliyle ölçülebilir.

Eylül 2006'da İbni Sina Hastanesi'nde Joint Commision International hastane akreditasyon standartlarının edinilmesine yönelik başlatılan kalite

iyileştirme çalışmalarının, bu araştırma verilerine göre düşük çıkan hizmet kalitesi düzeyini yükselteceği düşünülmektedir. Bu bağlamda, JCI akreditasyon belgesi edinildikten sonra, hastanenin hizmet kalitesi konusunda çalışılarak, SERVQUAL puanının yeniden hesaplanması, kalite belgesinin hastaların kalite algısı üzerindeki etkisinin saptanmasını sağlayacaktır. Bu araştırmaların periyodik aralıklarla yapılmasının hastaların o anki hizmet kalitesi algısını öğrenmede, algılanan kalite düzeylerini izlemede, hastanenin kalite politikasını yönlendirmede yararlı olacağı, kıt kaynaklarının daha verimli kullanılmasını sağlayacağı, rekabet politikalarında belirleyici olacağı düşünülmektedir.

### KAYNAKÇA

AK, Bilal, SEVİN, H. Dilek; “Hizmet Sektörünün Genel Yapısı ve Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri”, I. Ulusal Sağlık İdaresi Kongresi Kitabı, Ankara, Minpa Matbaacılık, 2000, s. 25–33

AKAR, Çetin; Sağlık Kurumlarında Finansal Yönetim Ders Notları, Hacettepe Üniversitesi Sağlık İdaresi Yüksekokulu, Ankara, 2002

AKAR, Çetin, ÖZALP, Hüseyin; Sağlık Hizmetlerinde ve İşletmelerinde Yönetim, Ankara, Somgür Yayıncılık, 1997

AKÇA, Ebru; Hizmet Sektöründe kalite ve Müşterilerin Algılanan Hizmet Kalitesi Yargılarının Ölçümü Üzerine Bir Uygulama, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Üretim Yönetimi ve Pazarlama Bilim Dalı, İstanbul, 2003

AKIN, Besim, ISO 9000 Uygulamasında İşletmelerde İstatistik Proses Kontrol Teknikleri, Bilim Teknik Yayınevi, 1996

AKTAN, Coşkun Can; Çağdaş Yönetim Anlayışı: Toplam Kalite, (Erişim) [http://www.canaktan.org/canaktan\\_personal/canaktan-arastirmalari/toplam-kalite/aktan-cagdas-yonetim-anlayisi.pdf](http://www.canaktan.org/canaktan_personal/canaktan-arastirmalari/toplam-kalite/aktan-cagdas-yonetim-anlayisi.pdf), 20 Mart 2008

ALPUGAN, Oktay; “Sağlık Hizmetlerinin Ekonomik Açıdan İncelenmesi”, İstanbul Üniversitesi İktisat Fakültesi Dergisi, İstanbul, 1984

ASLANTEKİN, Filiz, GÖKTAŞ, Bayram, ULUŞEN, Mesude, ERDEM, Ramazan; “Sağlık Hizmetlerinde Kalite Deneyimi: Dr. Ekrem Hayri Üstündağ Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi Örneği”, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, Cilt 2, Sayı:6, s 55-71, 2007

ASUBONTENG, Patrick, MC CLEARY, Karl J., SWAN John E.; “SERVQUAL Revisted: A Crittical Review of Service Quality”, Journal of Service Marketing, 10 (6), 62-81, 1996

ASUNAKUTLU, Tuncer, “Sağlık Hizmetlerinde Kalite”, (Erişim) <http://www.canaktan.org/politika/kamuda-kalite/asuna.pdf>, 25 Nisan 2008

AYDIN, Kenan; “Hizmet İşletmelerinde SERVQUAL Yöntemi ile Hizmet Kalitesinin Ölçümü ve Kocaeli’ndeki Seyahat İşletmelerinden Efe Tur Uygulaması”, (Erişim) <http://iibf.kou.edu.tr/ceko/ssk/kitap50/45.pdf>, 23 Nisan 2008

AYDIN, Kenan; “Hizmet İşletmelerinde Servqual Yöntemi İle Hizmet Kalitesinin Ölçümü Ve Kocaeli’ndeki Seyahat İşletmelerinden Efe Tur Uygulaması”, (Erişim) [iibf.kou.edu.tr/ceko/ssk/kitap50/45.pdf](http://iibf.kou.edu.tr/ceko/ssk/kitap50/45.pdf), 23 Nisan 2008

BABAKUS, Emin, BOLLER, Gregory W.; “An Emprical Assessment of the Expectations of Service Quality”, Journal of Service Marketing, 14 (1), February 1992

BABAKUS, Emin, MANGOLD, W. Glynn; “Adapting the SERVQUAL Scale to Hospital Services: An Empirical Investigation”, HSR: Health Services Research, Vol. 26 (6), s. 767–786, February 1992

BAKIR, Yıldız; “Sağlık Kuruluşlarında Pazarlama Faaliyetleri, Müşteri Memnuniyeti”, Mustafa Kemal Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Hatay, 2006

BITNER, M. J. , BOOMS, B. H. ve TETRAULT, M. S.; “The Service Encounter: Diognasing Favorable and Unfavorable Incident”, Journal of Marketing, January, s.71-84., 1990

BLUMENTHAL, D., “Quality Of Care-What Is It?”, The New England Journal Of Medicine, Vol. 335, No. 12, s. 891-893, 1996

BOLTON, R.N., DREW ,J.H., “Multistage Model of Customers Assessment of Service Quality and Value”, Journal of Consumer Research, Vol.17, No.4, s.375-384, 1991

BOPP, K.D., "How Patients Evaluate The Quality of Ambulatory Medical Encounters: A Marketing Perspective", *Journal of Health Care Marketing*, 10 (1), 15-16, 1990

BOWERS, M.R., SWAN, J.E., KOEHLER, W.F. "What Attributes Determine Quality and Satisfaction with Health Care Delivery?", *Health Care Management Review*, 19 (4), 49-55, 1994

BOYACIOĞLU, Hayal, GÜNERİ, Pelin; "Sağlık Araştırmalarında Kullanılan Temel İstatistiki Yöntemler", *Hacettepe Dişhekimliği Fakültesi Dergisi*, Cilt: 30, Sayı: 3, Sayfa 33-39

BOYER, Laurent, FRANCOIS, Patrice, DOUTRE, Elisabeth, WEIL, Georges, LABARERE, Jose; "Perception and Use of the Results of Satisfaction Surveys by Care Providers in a French Teaching Hospital", *International Journal for Quality in Health Care*, Volume 18, Number 5, s. 359–364, 2006

BOZDAĞ, Nihat, ATAN, Murat, ALTAN Şenol; "Hizmet Sektöründe Toplam Hizmet Kalitesinin SERVQUAL Analizi İle Ölçümü Ve Bankacılık Sektöründe Bir Uygulama", VI. Ulusal Ekonometri ve İstatistik Sempozyumu, Ankara, Mayıs 2003

BULGAN, Uğur, GÜRDAL, Gültekin; "Hizmet Kalitesi Ölçülebilir Mi?", (Erişim) <http://kaynak.unak.org.tr/bildiri/unak05/u05-22.pdf>, 26.04.2008

CARUANA, Albert, MONEY, Arthur H., BERTHON, Pierre R., "Service Quality And Satisfaction-The Moderating Role Of Value", *European Journal of Marketing* 34, 11/12, s. 1338-1350, 2000

CHENG, Shou-Hsia, YANG, Ming-Chin, CHIANG, Tung-Liang; Patient Satisfaction With and Recommendation of a Hospital: Effects Of Interpersonal and Technical Aspects of Hospital Care, *International Journal for Quality in Health Care*, Volume 15, Number 4, s. 345-355, 2003

COWELL, Donald; The Marketing of Services, 6th Edition, Butterworth Heinemann Ltd, Oxford, 1991

ÇAKMAK, Güler; “Akreditasyon Sağlık Kurumlarına Ne Sağlar?”, Sağlık Bakanlığı Diyalog Dergisi, Sayı 15, s. 25, Eylül 2005

ÇORUH, Mithat; “Kaliteli Sağlık Hizmetleri Sunumunda ISO 9000 ve JCAHO Uygulama Yaklaşımı Özellikleri”, Sağlık Yönetiminde Devamlı Kalite İyileştirme Sempozyumu Bildiri Kitabı, , s. 1-6, Ankara, Haberal Eğitim Vakfı Yayınları, 1998

ÇORUH, Mithat; Sağlıkta Toplam Kalite Yönetiminin Yeri, Haberal Eğitim Vakfı, Ankara, 1994

DAĞLIOĞLU, Orhan, DEMİRCİ, Mehmet; “ISO 9000’e Global Bakış”, Standart Dergisi, 35/400, Nisan 1995

DALBAY, Özkan, BİÇER, İsmail Hakkı; “Bir Kamu Hastanesinde ISO-9002:1994 Kalite Güvence Yönetimi Uygulamasının Hasta Memnuniyeti ve Bazı Performans Göstergelerine Etkisi”, İTÜ Dergisi, Sosyal Bilimler, Cilt 1, Sayı 1, Aralık 2002, s. 11-19

DAWN, Bendall-Lyon, POWERS, Thomas L. , “The Impact of Structure and Process Attributes on Satisfaction and Behavioral Intentions”, Journal of Services Marketing, Vol:18, No:2, s.114-121, 2004

DEMİRBAŞ, Ali Rıza, BAL, Ercan, BARSBAY, Serkan; “Başlangıçtan Bugüne Akreditasyon”, Sağlık Bakanlığı Diyalog Dergisi, Sayı 15, s. 17–19, Eylül 2005

DEVEBAKAN, Nevzat; Sağlık İşletmelerinde Algılanan Hizmet Kalitesi ve Ölçümü, (Erişim) [www.kalder.org/page.asp?PageID=1285](http://www.kalder.org/page.asp?PageID=1285), 15 Şubat 2008

DONABEDIAN, Avedis; An Introduction to Quality Assurance in Health Care, Oxford University Press, New York, 2003

DONABEDIAN, Avedis; Explorations in Quality Assessment and Monitoring: The Definition of Quality and Approaches To Its Assessment, Volume 1, Health Administration Press, Ann Harbour, Michigan, 1980

DONABEDIAN, Avedis; Institutional and Professional Responsibilities in Quality Assurance", Quality Assurance in Health Care, Volume 1, No. 1, s. 3-11, 1989

DONABEDIAN, Avedis; The Quality of Care. How can It Be Assessed?, JAMA, Volume 260, No. 12, s. 1743-1748, 1988

EFQM Mükemmellik Modeli, "Kamu ve Sivil Toplum İçin Mükemmellik Modeli El Kitabı", İstanbul, Kalder Yayınları, 2003

ERSOY, Korkut; "Hastanelerde Kalite Kontrolü", Toplum ve Hekim, s.68, Nisan 1993

ESATOĞLU, Ezel Afsun; "Hastanelerde Kalite, Hasta Güvenliği, Bilgi Sistemi, İşgören Eğitimi ve Akreditasyon Güvencesi", Hastane ve Yaşam Dergisi, 2 (5), s. 50-55, Ocak 2006

GHOBADIAN, Abby, SPELLER, Simon, JONES, Matthew; "Service Quality: Concepts and Models", International Journal of Quality and Reliability Management, 11, 9, 43-66, 1994

GÖZLÜ, Sıtkı; "Hizmet Kalitesinin Kontrolünde İstatistiksel Yöntemler", Verimlilik Dergisi, MPM Yayınları, Sayı 2, Ankara, 1995

GRAHAM, Nancy O.; Quality in Health Care Theory: Application and Evolution, An Aspen Publication, 1995

HASTAOĞLU, Seda; "Dahili Bilimler Bölümünde Yatan Hastaların Hemşirelik Hizmetlerinden Doyum ve Memnuniyeti", Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul 2007

HOFFMAN, K. Douglas, BATESON, John E.G.; Essential of Services Marketing, The Dryden Press, USA, 1997

IMAI, Masaaki; Kaizen-Japonya'nın Rekabetteki Başarısının Anahtarı, İstanbul, BRİSA Yayını, 1997

JUN, M., PETERSON, T.R., ZSIDISIN, G.A. "The Identification and Measurement of Quality Dimensions in Health Care: Focus Group Interview Results", Health Care Management Review, 23 (4), 81-96, 1998

KABUKÇUOĞLU, Arslan, ANGÜN, Berk, DOĞAN, Mesut, KÖROĞLU, Selma, ŞAHİN, Ümit; "Eskişehir Doğum ve Çocuk Bakım Hastanesi ISO 9001 Kalite Güvence Sistemi Uygulamaları: Sorunlar ve Faydalar", 3. Ulusal Sağlık ve Hastane Yönetimi Sempozyumu Bildiriler Kitabı, Ankara, 2000

KARAFAKİOĞLU, Mehmet; Sağlık Hizmetleri Pazarlaması, İstanbul, Dönence Basım ve Yayın Hizmetleri, 1998

KARAHAN, Kasım; Hizmet Pazarlaması, 1. Baskı, Beta Yayın Dağıtım A.Ş., İstanbul, 2000

KAVUNCUBAŞI, Şahin, ESATOĞLU, Afsun Ezel, "Sağlık Hizmetlerinin Kalitesinin Hemşirelik Hizmetleri Açısından Değerlendirilmesi", Hemşirelik ve Ebelik Eğitimi ve Uygulamalarında Toplam Kalite Yönetimi (Der: Y.Öztürk), Erciyes Üniversitesi Yayınları, Kayseri, 1998

KAVUNCUBAŞI, Şahin, Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Siyasal Kitabevi, Ankara, 2000

KAVUNCUBAŞI, Şahin; Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Ankara, Siyasal Kitapevi, 2000

KAYA, Sıdika; Sağlık Hizmetlerinde Sürekli Kalite Geliştirme, Ankara, Pelikan Yayınları, 2005

KESKİN, Gülümser; “Yaşam Kalitesinde Hizmet Kalitesinin Önemi (Belediye Toplu Taşımacılık Hizmetleri Üzerine Bir Uygulama”, Pazarlama Dünyası, Yıl 12, Sayı 67, Ocak-Şubat 1998

KILIÇ, Solmaz; Hizmet Pazarlamasında Müşteri Memnuniyeti, Yayınlamamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 1998

KOTLER, Philip, ARMSTRONG Gary; The Principles of Marketing, New Jersey, Prentice Hall, 2001

KOTLER, Philip; Marketing Management, International Edition, The Millenium Edition, Prentice-Hall, Inc. New Jersey, 2000

KUNST, Paul, LEMMINK, Jos; “Quality Management and Business Performance in Hospitals: A Search for Success Parameters”, Total Quality Management, Vol. 11, No: 8, 2000

KURILOFF, Arthur, HEMPHILL, John M, CLOUD, Douglas; Starteing And Managing The Small Business, Mc Graw-Hill Edition, Singapore, 1993

KURTULMUŞ, Numan, Sanayi Ötesi Dönüşüm-Küreselleşme ve İnsan Kaynakları Boyutuyla, İstanbul, İz Yayıncılık, 1996

KURUŞÇU, Mehmet; Toplam Kalite Yönetimi ve Kalite Ödülleri, İstanbul Kültür Sanat Yayıncılık, 2003

LYTLE, Richard S., MOKWA, Michael P.; “Evaluating Health Care Quality: The Moderating Role of Outcomes”, Journal of Health Care Marketing, 12(1), 4-14, March 1992

MALHAN, Simten, ÖZGÜLBAŞ, Nermin; “Sağlık Hizmetleri Pazarlaması, Bir Örnek Hastane”, Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi, Ankara, Haberal Eğitim Vakfı, 1999, s. 116

MAXWELL, R. J. ; Dimensions of Quality Revisited: From Thought to Action, Quality in Health Care, Volume 1, No. 3, s. 171-177, 1992

MCGLYNN, Elizabeth A.; “Six Chalenges in Measuring the Quality of Health Care”, Health Affairs, May/June 1997

MOHAMMAD, Gülsün Taşkiran; “Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi, SERVQUAL Analiz ile Değerlendirilmesi ve Ankara Ulus Devlet Hastanesinde Uygulama”, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Hastane İşletmeciliği Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2007

OMACHONU, Vincent K., Total Quality Productivity Management in Health care Organizations, American Society for Quality Control, Wisconsin, 1991

ÖCAL, İrem Ergun; “JCI Standartları ve Uluslar Arası Kalite”, Sağlık Bakanlığı Diyalog Dergisi, Eylül 2005, Sayı 15, s. 30–32

ÖZALP, Sinan, ŞAHİN, Ümit, ÜNLÜOĞLU, İlhami, “Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Eğitim İlişkisi”, I. Ulusal Sağlık İdaresi Kongresi Bildiriler Kitabı, 243-253, Ankara, Mayıs 2000

ÖZCAN, Cihangir; “Devlet Hastanelerinde TKY’nin Uygulanabilirliği, Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü”, Haberal Eğitim Vakfı, Ankara, 1997

ÖZDAMAR, Kazım; Paket Programları ile İstatistiksel Veri Analizi 1, Eskişehir, Kaan Kitapevi, 1999

ÖZGEN, Hacer; “Sağlık Bakım Hizmetlerinde Kalite Nedir? Hasta Tatmini Boyutuyla İlgili Bir Değerlendirme”, Toplum ve Hekim, 10 (69-70), s. 47-53 Eylül-Aralık 1995

ÖZGÜLBAŞ, Nurgül; “Hastanelerde Finansal Yönetim: Sorunlar ve Çözüm Önerileri, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi”, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 1995

ÖZTÜRK, A.Sevgi; Hizmet Pazarlaması, Anadolu Üniversitesi Anadolu Üniversitesi İşletme Fakültesi Yayınları, No:3, Eskişehir, 1998.

PAKDİL, Fatma; “Hastanelerde Sürekli Performans İyileştirme Sürecinin Kalite Maliyetlerine Odaklanması ve Bir Ölçüm Modeli Önerisi”, (Erişim) [www.baskent.edu.tr](http://www.baskent.edu.tr), 5 Mayıs 2008

PALMER, Adrian; Principles of Services Marketing, McGraw-Hill Publishing Company, England, 1997

PALMER, H.; “Using Clinical Performance Measures to Drive Quality Improvement”, Total Quality Management, 8 (5), 1997

PARASURAMAN A., ZEITHAML Valerie A., BERRY Leonard L.; “A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research”, Journal of Marketing, Vol.49, Fall, 41-50, 1985

PARASURAMAN, A., BERRY Leonard L., ZEITHAML Valerie A.; “Refinement and Reassessment of the SERVQUAL Scale”, Journal of Reatailing, Volume 6, Number 4, s. 420-450, Winter 1991

PARASURAMAN, A., ZEITHAML Valerie A., BERRY Leonard L.; “Communication and Control Processes in the Delivery of Service Quality, Journal of Marketing, Vol. 52, 35-48, 1988

PARASURAMAN, A., ZEITHAML Valerie A., BERRY Leonard L.; “Reassessment of Expectations as a Comparison Standard in Measuring Service Quality: Implications for Further Research”, Journal of Marketing, Volume 58, s.111-124, January 1994

PEKDEMİR, Işıl; “İşletmelerde Kalite Yönetimi”, Beta Basım Yayım Dağıtım A.Ş., İstanbul, 1992

PEŞKİROĞLU, Nurettin, “Toplam Kalite Yönetimi ve ISO 9000 Standartları”, Verimlilik Dergisi, Ankara, MPM Yayınları, 1994

SAAT, Mesiha; “Kavramsal Hizmet Modeli ve Hizmet Kalitesini Ölçme Aracı Olarak Servqual Analizi”, Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, Sayı 3, s.107–118, 1999

SAĞMANLIGİL, Sıdıka; “Uluslar Arası Kalite Belgeleri” (Erişim) [www.sitetky.com](http://www.sitetky.com), 30 Mart 2006

SARVAN, Fulya, BERK, Oğuz; “Sağlık Hizmetlerinde Sürekli Kalite İyileştirme Sürecinin Yönetimi”, İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi, 24(2), 9–35, İstanbul, Avcıol Basım Yayım, Kasım 1995

SEÇİM, Hikmet; “Hastanelerin Tanımı, Sınıflandırılması ve İşlevleri”, erişim 25 Kasım 2007, [www.sabem.saglik.gov.tr](http://www.sabem.saglik.gov.tr)

SEVİMLİ, Sedef; “Hizmet Sektöründe Kalite ve Hizmet Kalitesi Ölçümü Üzerine Bir Uygulama”, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Üretim Yönetimi ve Endüstri İşletmeciliği Tezli Yüksek Lisans Programı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2006

SPRENG, Richard, MACKOY Robert; “An Emprical Examination of a Model of Perceived Service Quality and Satisfaction”, Journal of Retailing, Vol.72, No.2, s.201, 1995

STILES, Renee A., MICK, Stephen S., “Classifying Quality Initiatives: A Conceptual Paradigm for Literature Review and Policy Analysis”, Hospital & Health Services Administration, 39(3), 309-326, Fall 1994

SUR, Haydar; “Sağlık Yönetimi Gündeminin Yeni Gözdesi Akreditasyon”, Sağlık Bakanlığı Diyalog Dergisi, Sayı 15, s. 14–16, Eylül 2005

ŞEKERKAYA, Ahmet K.; “Bankacılık Hizmetlerinde Algılanan Toplam Kalite Ölçümü”, Ankara, SPK Yayınları, 2000

T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Dokuzuncu Kalkınma Planı 2007–2013, Devlet Planlama Teşkilatı Yayın ve Temsil Dairesi Başkanlığı Yayın ve Basım Şube Müdürlüğü, Ankara, 2006

TEK, Ömer Baybars, “Pazarlama İlkeleri: Global Yönetimsel Yaklaşım Türkiye Uygulamaları”, 8. Baskı, Beta Yayın Dağıtım A.Ş., İstanbul, 1999

TÜRKÖZ, Yeşim; “Türk Hastanelerine Özgü Bir Kalite Modeli Oluşturulabilir Mi?”, (Erişim) <http://www.merih.net/m1/wyturk02.htm>, 6 Temmuz 2008

Uluslararası Birleşik Komisyon, Hastaneler İçin Akreditasyon Standartları, Joint Commision International Publications, ABD, 2002

URAL, Ayhan, KILIÇ, İbrahim; Bilimsel Araştırma Süreci ve SPSS ile Veri Analizi – SPSS 12.0 for Windows, Ankara, Detay Yayıncılık, 2004

UYGUÇ, Nermin, Hizmet Sektöründe Kalite Yönetimi: Stratejik Bir Yaklaşım, Dokuz Eylül Yayınları, İzmir, 1998

VARINLI, İnci, ÇAKIR, Aysel; Hizmet Kalitesi, Değer, Hasta Tatmini ve Davranışsal Niyetler Arasındaki İlişki: Kayseri’de Poliklinik Hastalarına Yönelik Bir Araştırma, Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Sayı: 17, Yıl: 2004/2, s. 33–52

YAĞCI, Mehmet İsmail, DUMAN, Teoman; “Hizmet Kalitesi - Müşteri Memnuniyeti İlişkisinin Hastane Türlerine Gör Karşılaştırılması: Devlet, Özel ve Üniversite Hastaneleri Uygulaması”, Doğuş Üniversitesi Dergisi, 7 (2), s. 218–238, 2006,

YETİŞ, Hacer; “Hizmet Kalitesinin SERVQUAL Modeli İle Ölçülmesi ve Bir Uygulama”, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Fen

Bilimleri Enstitüsü, Endüstri Mühendisliği Anabilim Dalı, Ankara, Haziran 2001

YILDIR, G.; “Hizmet Sektöründe Performans Ölçümü ve Önemi”, II. Verimlilik Kongresi Bildiriler Kitabı, Ankara, MPM Yayınları, No: 540, 1994

YILMAZ, Meryem, “Sağlık Bakım Kalitesinin Bir Ölçütü: Hasta Memnuniyeti”, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 5 (2), s. 69-74, 2001

ZEITHAML, Valerie A, PARASURAMAN, A., BERRY, Leonard L.; Delivering Quality Service: Balancing Consumer Perceptions And Expectation, Free Press, USA, 1990

ZENGİN, Eyüp, ERDAL, Ayhan; “Hizmet Sektöründe Toplam Kalite Yönetimi”, Qafqaz Üniversitesi Dergisi, Ocak 2005

ZERENLER, Muammer, ÖĞÜT, Adem; “Sağlık Sektöründe Algılanan Hizmet kalitesi ve Hastane Tercih Nedenleri Araştırması: Konya Örneği”, (Erişim) <http://www.sosyalbil.selcuk.edu.tr/dergi/default.asp>, 4 Mayıs 2008

“Akreditasyon”, (Kapak Konusu), Hastane ve Yaşam Dergisi, s. 10–13, Yıl 2, Sayı 5, Ocak 2006, Editör Nilgün SARP

“The Quality of Service in Housing Management” (Erişim) <http://www.psi.org.uk/publications/archivepdfs/Quality/QSHM2.pdf>, 3 Ocak 2008

05.01.1961 Tarih ve 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun

(Erişim) [http://www.efqm.org/uploads/introducing\\_english.pdf](http://www.efqm.org/uploads/introducing_english.pdf) 6 Temmuz 2008

(Erişim) <http://www.tmsk.org.tr> 12 Ağustos 2008

(Erişim) <http://www.tse.org.tr/Turkish/KaliteYonetimi/9000bilgi.asp> 6 Temmuz 2008

(Erişim)  
<http://www.saglik.gov.tr/extras/pdf/saglikhizmetlerindekaliteyonetimi.pdf>  
5 Temmuz 2008

(Erişim) [www.asq.org](http://www.asq.org), 5 Mayıs 2008

(Erişim) [www.eoq.org](http://www.eoq.org), 5 Mayıs 2008

## EKLER

### HASTANE İŞLETMELERİNDE HİZMET KALİTESİNİN ÖLÇÜLMESİNE YÖNELİK ANKET FORMU

Sayın anket yanıtlayıcısı,

Bu anket aracılığıyla toplanan veriler, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Hastane İşletmeciliği Bilim Dalında sürdürmekte olduğum yüksek lisans programının tez aşamasında, araştırma bölümünde kullanılmak üzere toplanmaktadır.

Bu ankette doğru veya yanlış cevap yoktur. Vereceğiniz yanıtlar Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbni Sina Hastanesinde kaldığınız süre içinde aldığınız hizmetlerle ilgili değerlendirmenizi saptamak ve bu doğrultuda, hastanelerdeki sağlık bakım hizmetlerinin geliştirilmesi amacına yönelik bilimsel bir araştırmaya esas olacaktır. Anket formunu tam ve doğru olarak cevaplamanız araştırma bulgularının gerçekçi ve yararlı olmasını sağlayacaktır.

Araştırmaya yapacağınız önemli destek ve katkılarınız için teşekkür ederim.

Saygılarımla,

Yonca ÖZATKAN

#### BÖLÜM 1

1. Cinsiyetiniz ☐ Kadın ☐ Erkek
2. Yaşınız .....
3. Eğitiminiz ☐ İlkokul ☐ Ortaokul ☐ Lise  
☐ Meslek Yüksekokulu ☐ Üniversite  
☐ Yüksek Lisans ve üstü
4. Aylık Geliriniz ☐ 1000 YTL'nin altında  
☐ 1000 – 1999 YTL  
☐ 2000 – 2999 YTL  
☐ 3000 YTL ve üstü
5. Bağlı Olduğunuz Sosyal Güvenlik Kurumu  
☐ Emekli Sandığı ☐ SSK ☐ Bağ-Kur ☐ Diğer .....
6. Tedavi Gördüğünüz Bölüm .....

## BÖLÜM 2 (Beklentiler)

Hastanelerden hizmet alan bir hasta olarak ve tecrübelerinize dayanarak; mükemmel kalitede hizmet sağlayan **idealinizdeki hastanenin** aşağıda tarif edilen özelliklere ne ölçüde sahip olması gerektiğini düşününüz. Her bir özellik için hangi değeri seçtiğinizi işaretleyiniz. Örneğin, söz konusu özelliğin mükemmel bir hastane için “gerçekten gereksiz” olduğunu düşünüyorsanız 1, “kesinlikle çok gerekli” olduğunu düşünüyorsanız 5 numarayı işaretleyiniz.

### HİÇ KATILMIYORUM

### KESİNLİKLE KATILIYORUM

1

2

3

4

5

İki uçta da değilseniz söz konusu özellik için düşündüğünüz gereklilik derecesine göre en uygun bulduğunuz değeri işaretleyiniz. Söz konusu özelliğin doğruluğuna ne katılıyor, ne katılmıyorsanız 3 numarayı işaretleyiniz.

|     |                                                                                                      | Hiç Katılmıyorum |   |   | Kesinlikle Katılıyorum |
|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|---|---|------------------------|
| 1.  | Mükemmel bir hastane teknolojiye uygun ve çağdaş donanıma sahip olmalıdır                            | 1                | 2 | 3 | 4 5                    |
| 2.  | Mükemmel bir hastanenin fiziki tesislerinin görünümü çekici olur                                     | 1                | 2 | 3 | 4 5                    |
| 3.  | Mükemmel bir hastanenin çalışanları temiz ve şık görünümlü olur                                      | 1                | 2 | 3 | 4 5                    |
| 4.  | Mükemmel bir hastanedeki hizmetle alakalı malzemeler düzgün görünüşlüdür                             | 1                | 2 | 3 | 4 5                    |
| 5.  | Mükemmel bir hastane, bir işi ne zaman yapacağını vadediyorsa o zamanda yerine getirir               | 1                | 2 | 3 | 4 5                    |
| 6.  | Hastalar bir sorun yaşadığında, mükemmel bir hastane problemi çözmek için samimi bir çaba gösterir   | 1                | 2 | 3 | 4 5                    |
| 7.  | Mükemmel bir hastane sunduğu hizmetleri ilk seferinde tam olarak yapar                               | 1                | 2 | 3 | 4 5                    |
| 8.  | Mükemmel bir hastane hizmetlerini söz verdiği zamanda gerçekleştirir                                 | 1                | 2 | 3 | 4 5                    |
| 9.  | Mükemmel bir hastane, kayıtların doğru olarak tutulmasında titizdir                                  | 1                | 2 | 3 | 4 5                    |
| 10. | Mükemmel bir hastanenin çalışanları hastalara hizmetin tam olarak ne zaman verileceğini bildirir     | 1                | 2 | 3 | 4 5                    |
| 11. | Mükemmel bir hastanenin çalışanları hastalara hizmeti mümkün olan en kısa sürede verir               | 1                | 2 | 3 | 4 5                    |
| 12. | Mükemmel bir hastanenin çalışanları hastalara yardım etmek için her zaman istekli olur               | 1                | 2 | 3 | 4 5                    |
| 13. | Mükemmel bir hastanenin çalışanları asla hastaların isteklerine cevap veremeyecek kadar meşgul olmaz | 1                | 2 | 3 | 4 5                    |
| 14. | Mükemmel bir hastanedeki çalışanların davranışları hastalara güven verir                             | 1                | 2 | 3 | 4 5                    |
| 15. | Mükemmel bir hastanedeki hastalar, hastane ile ilgili daima                                          | 1                | 2 | 3 | 4 5                    |

|     |                                                                                                  |   |   |   |   |   |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|
|     | güven duygusu içindedirler                                                                       |   |   |   |   |   |
| 16. | Mükemmel bir hastanenin çalışanları hastalara karşı daima naziktir                               | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. | Mükemmel bir hastanenin çalışanları hastaların sorularına cevap verebilecek bilgi seviyesindedir | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. | Mükemmel bir hastanede hastalara bireysel ilgi gösterilir                                        | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. | Mükemmel bir hastanenin çalışma saatleri bütün hastalar için uygun zaman dilimindedir            | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. | Mükemmel bir hastane her hastasıyla bireysel ilgilenecek çalışanlara sahiptir                    | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21. | Mükemmel bir hastane hastalarının menfaatlerini her şeyin üstünde tutar                          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22. | Mükemmel bir hastanenin çalışanları hastalarının özel isteklerini anlar                          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

### BÖLÜM 3 (Algılanan)

Aşağıdaki özellikler, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi **İbni Sina Hastanesi** için sizin hissettiklerinizi ifade etmektedir. Her bir özellik için hangi değeri seçtiğinizi işaretleyiniz. Örneğin, İbni Sina Hastanesinin söz konusu özelliğe kesinlikle sahip olmadığını düşünüyorsanız 1'i, tamamen sahip olduğunu düşünüyorsanız 5'i işaretlemeniz gerekmektedir. Söz konusu özelliğin İbni Sina Hastanesinde bulunduğu farklı derecede kanaat getiriyorsanız derecesine göre 2 veya 4'ü işaretleyiniz. Söz konusu özelliğin İbni Sina Hastanesinde olduğuna ne katılıyor, ne katılmıyorsanız 3 numarayı işaretleyiniz.

|     |                                                                                                   | Hiç Katılmıyorum |   |   | Kesinlikle Katılıyorum |   |  |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|---|---|------------------------|---|--|
| 1.  | İbni Sina Hastanesi teknolojiye uygun ve çağdaş donanıma sahiptir                                 | 1                | 2 | 3 | 4                      | 5 |  |
| 2.  | İbni Sina Hastanesinin fiziki tesislerinin görünümü çekicidir                                     | 1                | 2 | 3 | 4                      | 5 |  |
| 3.  | İbni Sina Hastanesinin çalışanları temiz ve şık görünümlüdür                                      | 1                | 2 | 3 | 4                      | 5 |  |
| 4.  | İbni Sina Hastanesindeki hizmetle alakalı malzemeler düzgün görünüşlüdür                          | 1                | 2 | 3 | 4                      | 5 |  |
| 5.  | İbni Sina Hastanesi bir işi ne zaman yapacağını vadediyorsa o zamanda yerine getirir              | 1                | 2 | 3 | 4                      | 5 |  |
| 6.  | Hastalar bir sorun yaşadığında, İbni Sina Hastanesi problemi çözmek için samimi bir çaba gösterir | 1                | 2 | 3 | 4                      | 5 |  |
| 7.  | İbni Sina Hastanesi sunduğu hizmetleri ilk seferinde tam olarak yapar                             | 1                | 2 | 3 | 4                      | 5 |  |
| 8.  | İbni Sina Hastanesi hizmetlerini söz verdiği zamanda gerçekleştirir                               | 1                | 2 | 3 | 4                      | 5 |  |
| 9.  | İbni Sina Hastanesi, kayıtların doğru olarak tutulmasında titizdir                                | 1                | 2 | 3 | 4                      | 5 |  |
| 10. | İbni Sina Hastanesinin çalışanları hastalara hizmetin tam olarak ne zaman verileceğini bildirir   | 1                | 2 | 3 | 4                      | 5 |  |
| 11. | İbni Sina Hastanesinin çalışanları hastalara hizmeti mümkün                                       | 1                | 2 | 3 | 4                      | 5 |  |

|     |                                                                                                     |   |   |   |   |   |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|
|     | olan en kısa sürede verir                                                                           |   |   |   |   |   |
| 12. | İbni Sina Hastanesinin çalışanları hastalara yardım etmek için her zaman istekli olur               | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. | İbni Sina Hastanesinin çalışanları asla hastaların isteklerine cevap veremeyecek kadar meşgul olmaz | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. | İbni Sina Hastanesinde çalışanların davranışları hastalara güven verir                              | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. | İbni Sina Hastanesindeki hastalar, hastane ile ilgili daima güven duygusu içindedirler              | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. | İbni Sina Hastanesinin çalışanları hastalara karşı daima naziktir                                   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. | İbni Sina Hastanesinin çalışanları hastaların sorularına cevap verebilecek bilgi seviyesindedir     | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. | İbni Sina Hastanesinde hastalara bireysel ilgi gösterilir                                           | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. | İbni Sina Hastanesinin çalışma saatleri bütün hastalar için uygun zaman dilimindedir                | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. | İbni Sina Hastanesi her hastasıyla bireysel ilgilenecek çalışanlara sahiptir                        | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21. | İbni Sina Hastanesi hastalarının menfaatlerini her şeyin üstünde tutar                              | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22. | İbni Sina Hastanesinin çalışanları hastalarının özel isteklerini anlar                              | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

#### BÖLÜM 4 (Puan Dağıtımı)

Aşağıda hastaneler ve hastanelerin hizmetlerine yönelik beş özellik sıralanmıştır. Bir hastanenin kalitesini değerlendirirken bu özelliklerin her birinin sizin için ne kadar önem taşıdığını öğrenmek istiyoruz. Bir hastanenin taşınması gereken özellikleri değerlendirerek, sizin için önem derecesine göre, her özelliğin puanını yanına yazınız. **Toplam puanın 100 olduğundan emin olunuz.**

|    |                                                                                            | PUAN       |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 1. | Hastanenin fiziki tesislerinin, malzemelerinin, çalışanların ve donanımının görünümü       |            |
| 2. | Hastanenin taahhüt edilen hizmeti güvenilir ve doğru bir şekilde yerine getirme kabiliyeti |            |
| 3. | Hastanenin hastalara yardım etme ve tam hizmet sağlama konusundaki istekliliği             |            |
| 4. | Hastane çalışanlarının bilgi ve nezaketi ile güven telkin edebilme kabiliyeti              |            |
| 5. | Hastanenin hastalarına sağladığı kişisel ilgi ve dikkat                                    |            |
|    | <b>TOPLAM</b>                                                                              | <b>100</b> |

**TEŞEKKÜR EDERİZ**

## ÖZET

İşletmelerin pazarda rekabet edebilmelerinin en önemli koşullarından biri, üretmiş oldukları ürün ya da sunmuş oldukları hizmetlerin kalitesidir. Ancak kalitenin bir rekabet aracı olarak kullanılabilmesi için, öncelikle sürekli olarak ölçülmesi, değerlendirilmesi ve aksayan yönlerinde iyileştirmelere gidilmesi gerekmektedir.

Hizmet işletmelerinin sunduğu hizmetlerin kaliteli olmasının yanında, tüketicilerin ihtiyaçlarına cevap verebilmesi ve tüketicilerin kaliteyi algılamaları da son derece önemlidir. Bir hizmet işletmesinin, müşterilerinin beklentilerini bilmemesi ya da yanlış değerlendirmesi para, zaman, insan kaynakları ve diğer kıt kaynaklarını boşa harcamasına neden olur. Hastane işletmelerinde, hastaların, satın aldıkları hizmetin teknik kalitesini değerlendirebilecek bilgi birikimine sahip olmaması, hasta bakış açısı ile kalitenin önemi artırmaktadır. Söz konusu olanın “insan hayatı” olması sebebiyle sağlık sektöründe, sunulan hizmetin kalitesi, en az kullanılan sarf malzeme ile tanı ve tedavi araçlarının kalitesi kadar önemlidir. Hastane yöneticileri, hastaların kalite beklentilerini doğru saptayabildiklerinde, sundukları hizmeti bu beklentiler doğrultusunda şekillendirebilecek ve performanslarına ciddi katkılarda bulunabileceklerdir.

Hizmet kalitesi çalışmaları için SERVQUAL Modeli, oldukça yaygın bir kullanım alanına sahiptir. Bu çalışmada SERVQUAL Modelinin uygulaması için hizmet sektörünün önde gelen alanlarından hastaneler seçilmiş ve model, bir üniversite hastanesinde uygulanmıştır. Çalışmanın sonunda çeşitli istatistiksel analizler sonucu elde edilen bulgulara göre anlamlılık ve tutarlılıklar açısından değerlendirilmeler yapılmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Hizmet, kalite, hizmet kalitesi, hastane işletmeleri, SERVQUAL

## **ABSTRACT**

One of the most important requirements for a business enterprise in order to compete in the market is the quality of the product they produce or the quality of the service they give. However quality must be measured, considered, and improved in the deficient sides continuously in order to be used as a competition instrument.

Besides the quality level of the service rendered by the service enterprise; giving response to the consumers' expectations and consumers' perception of quality are very important as well. The lack of information or misconsideration about customers' needs leads to spending of money, time, human resources and other lean sources for nothing. The fact that patients do not have enough knowledge to consider the technical quality of the service they buy; increases the importance of quality from the patients' point of view for hospitals. The quality level of the service is as important as the quality of consumable materials or diagnosis and treatment instruments because health care is about the "human life". When hospital administrators determine patients' quality expectations correctly, form the service they deal according to these expectations and improve their performance seriously.

SERVQUAL Model has a pretty wide area of usage for service quality studies. In this study, hospitals, which is one of the leading areas of service, is chosen for the application of SERVQUAL Model, and the model is applied to a university hospital. At the end of the study, according to the findings of various statistical analysis, some assessments are done from meaningfulness and consistency point of view.

**Key Words:** Service, quality, service quality, hospital organizations, SERVQUAL