



T.C.
KASTAMONU ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME ANABİLİM DALI

**SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE ALGISI:
NİTEL BİR ARAŞTIRMA
(YÜKSEK LİSANS TEZİ)**

Şenay DUYAR

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi Ertuğrul ÇAVDAR

T.C.
KASTAMONU ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME ANABİLİM DALI
HİZMET TASARIMI İŞLETMECİLİĞİ BİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE ALGISI: NİTEL
BİR ARAŞTIRMA**

Şenay DUYAR

Danışman Dr. Öğr. Üyesi Ertuğrul ÇAVDAR
Jüri Üyesi Dr. Öğr. Üyesi Tahir BENLİ
Jüri Üyesi Dr. Öğr. Üyesi Abdurrahman ÇALIK

KASTAMONU 2021

TAAHHÜTNAME

Tez içindeki bütün bilgilerin etik davranış ve akademik kurallar çerçevesinde elde edilerek sunulduğunu, ayrıca tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu çalışmada bana ait olmayan her türlü ifade ve bilginin kaynağına eksiksiz atıf yapıldığını bildirir ve taahhüt ederim.

Şenay DUYAR

ÖZET

Yüzsek Lisans Tezi

SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE ALGISI: NİTEL BİR ARAŞTIRMA

Şenay DUYAR

Kastamonu Üniversitesi

Sosyal Bilimler Enstitüsü

İşletme Anabilim Dalı

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Ertuğrul ÇAVDAR

Araştırmanın amacı, hizmet alanlar ile yapılan görüşmeler doğrultusunda sağlık işletmelerinde hizmet kalitesini oluşturan unsurların belirlenmesidir. Yaygın bir görüşle kalite “müşteri istek ve ihtiyaçlarına uygunluk” olarak tanımlanmakta olup, bu tanım doğrultusunda kaliteyi oluşturan unsurların ancak müşteriler tarafından tam olarak belirlenebileceği açıktır. Bu doğrultuda çalışmada doğrudan hizmeti değerlendiren kişilerden elde edilen verilerle sağlık hizmet kalitesinde nelere dikkat edildiği belirlenmeye çalışılmıştır. Çalışmada, sağlık hizmet kalitesini oluşturan unsurların doğrudan sağlık hizmeti alan kişilerin kendi söylemlerinden hareketle belirlenmesi amaçlanmaktadır. Bu kapsamda nitel analiz tekniği olan derinlemesine mülakat yöntemi kullanılmış ve yarı yapılandırılmış mülakat sorularından faydalanılmıştır. Mülakat verileri literatürde var olan hizmet kalitesi boyutları dikkate alınarak sınıflandırılmıştır. Yapılan sınıflandırmada hizmet kalitesinin değerlendirilmesinde yaygın olarak kullanılan ServQual ölçeğinin beş boyutuna ek olarak “bilgilendirme” boyutu ve “teknik hizmet kalitesi” değerlendirmeye alınmıştır.

Görüşmeler Samsun ve Sinop ilinde 93 kişi ile yapılmış olup, görüşme yapılan katılımcılar bu ilde yaşayan kişiler arasından rassal olarak seçilmiştir. Mülakatlarda dile getirilen ifadeler en uygun kalite boyutu altında sınıflandırılmaya çalışılmıştır. Tüm ifadeler teknik hizmet kalitesi, somut unsurlar, güvenilirlik, duyarlılık, güvence, empati ve bilgilendirme boyutları altında sınıflandırılabilmiştir. Tüm ifadelerin var olan boyutlar altında sınıflandırılabilmesi yönüyle mevcut kalite boyutlarının hizmet

kalitesinin belirlenmesinde önemli bir açıklayıcılığa sahip olduğu görülmektedir. Bununla birlikte ServQual ölçeğinin ifadeleri, katılımcı ifadeleri ile karşılaştırıldığında sağlık hizmetlerinin kalitesini değerlendirme açısından yetersiz olduğu görülmektedir.

Hizmet kalitesinin değerlendirilmesinde en önemli zorluklardan birisi katılımcıların sürece ve dolayısı ile kalite üzerine olan etkisidir. Hizmet sürecindeki diğer katılımcıların sayısı ve davranışları tüm kalite boyutları üzerinde etkiye sahiptir. Kalite boyutlarının birbirleri ile olan ilişkileri değerlendirme yapmayı daha da zorlaştırmaktadır. Ayrıca katılımcı ifadelerin farklı boyutları aynı anda kapsamaları yapılan sınıflandırma işlemlerini güçleştirmektedir. Hijyen, zamanlama, personel ve araçların sayısal ve çeşit açısından yeterliliği katılımcıların çoğu tarafından dile getirilen ve diğer tüm kalite boyutlarını etkileyen unsurlar olarak dikkat çekmektedir.

Araştırma sonunda hizmet kalitesi algısının, hizmetin etkinliğini arttıran kalite boyutları aracılığıyla ölçülebildiği, müşterilerin kalite boyutlarına önem verdiği, beklentilerini etkileyen en önemli kalite boyutunun güvenilirlik, en az etkileyen boyutun bilgilendirme olduğu belirlenmiştir. Hastaların hizmet kalitesi algıları, aynı hastaneyi tekrar tercih etmesini ve çevresine tavsiye etmesini doğrudan etkilediği görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Sağlık hizmetleri Kalitesi, SERVQUAL Ölçeği, Memnuniyet.

ABSTRACT

MSc. Thesis

QUALITY PERCEPTION IN HEALTH CARE: A QUALITATIVE STUDY

Şenay DUYAR

Kastamonu University

Institute for Social Science

Department of Business Administration

Supervisor: Assist. Prof. Dr. Ertuğrul ÇAVDAR

The aim of the research is to determine the elements that constitute the service quality in health institutions in line with the interviews with service users. With a common view, quality is defined as "conformity to customer demands and needs" and it is clear that only the elements that make up the quality can be fully determined by the customers in line with this definition. In this direction, it was tried to determine what is taken into consideration in health service quality with the data obtained from people who directly evaluate the service. In the study, it is aimed to determine the elements that make up the quality of health care services directly from the statements of the people who receive health services. In this context, in-depth interview method, which is a qualitative analysis technique, was used and semi-structured interview questions were used. Interview data were classified taking into account the service quality dimensions existing in the literature. In the classification made, in addition to the five dimensions of the ServQual scale, which are widely used in evaluating the service quality, the "information" dimension and "technical service quality" were evaluated.

Interviews were held with 93 people in Samsun and Sinop provinces, and the interviewees were randomly selected from among the people living in this province. The expressions expressed in the interviews were tried to be classified under the most appropriate quality dimension. All statements could be classified under the dimensions of technical service quality, concrete elements, reliability, sensitivity, assurance, empathy and informing. It is seen that the existing quality dimensions have an

important explanatory effect in determining the service quality in that all statements can be classified under existing dimensions. However, when the expressions of the ServQual scale are compared with the statements of the participants, it is seen that they are insufficient in terms of evaluating the quality of health services.

One of the most important difficulties in evaluating service quality is the impact of the participants on the process and therefore on quality. The number and behavior of other participants in the service process has an impact on all quality dimensions. The relationship between quality dimensions makes it more difficult to evaluate. In addition, the fact that the participant expressions cover different dimensions at the same time makes it difficult to classify. Hygiene, timing, the numerical and diverse adequacy of staff and tools are the factors that are mentioned by most of the participants and affect all other quality dimensions.

At the end of the research, it was determined that the perception of service quality can be measured through the quality dimensions that increase the efficiency of the service, that the customers attach importance to the quality dimensions, the most important quality dimension that affects their expectations is reliability, and the least affecting dimension is information. It has been observed that the patients' perception of service quality directly affects their preference of the same hospital and recommending it to their environment.

Key Words: Quality of Health Services, SERVQUAL Scale, Satisfaction.

2021, January, 100 pages

ÖNSÖZ

Tez yazım sürecinde başta konu seçimi olmak üzere, çalışmamın her aşamasında bana rehberlik eden, kendimi geliştirmem için yardımlarını ve bilgilerini esirgemeyen, çok değerli danışman hocam Dr. Öğr. Üyesi Ertuğrul Çavdar'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Kamu personeli olarak çalıştığım için, eğitimime destek veren tüm amirlerime teşekkür ederim. Yüksek lisans eğitimim boyunca her anlamda destek olan sevgili eşim Prof Hünkâr Avni Duyar'a ve zamanlarından çaldığım büyük oğlum Aydın Eren Duyar'a, küçük oğlum Tuna Alp Duyar'a ve katkısı olan tüm sevdiğim dostlarıma sevgi ve şükranlarımı sunuyorum.

Şenay DUYAR

Kastamonu, Ocak, 2021

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ÖZET.....	İİ
ABSTRACT	V
ÖNSÖZ.....	Vİİ
İÇİNDEKİLER	Vİİİ
ŞEKİLLER DİZİNİ	Xİ
TABLolar DİZİNİ	Xİİ
SİMGELER DİZİNİ VE KISALTMALAR	Xİİİ
1. GİRİŞ.....	1
2. HİZMET KAVRAMI VE SAĞLIK HİZMETLERİ	3
2.1. Hizmet Kavramı	3
2.1.1. Hizmetin Tanımı.....	3
2.1.2. Hizmetin Genel Özellikleri.....	4
2.1.2.1. Hizmetin soyut olma özelliği.....	4
2.1.2.2. Ayrılmazlık özelliği	5
2.1.2.3. Dayanıksızlık özelliği (stoklanamama)	5
2.1.2.4. Heterojenlik özelliği (değişkenlik)	6
2.1.2.5. Sahip olunamamak özelliği (mülkiyetin olmaması)	6
2.1.3. Hizmetin Sınıflandırılması	7
2.1.3.1. Pazarlanabilir hizmetler ve pazarlanamayan hizmetler.....	7
2.1.3.2. Üretici ve tüketici hizmetleri.....	8
2.1.3.3. Hizmetin yapısına göre hizmetler	8
2.1.3.4. Hizmet işletmesinin müşterisiyle ilişki türüne göre sınıflandırma	9
2.1.3.5. Hizmet işletmesinin esnekliğine ve inisiyatifine göre sınıflandırma....	10
2.2. Sağlık Hizmetleri Kavramı.....	11
2.2.1. Sağlığın Tanımı	11
2.2.2. Sağlık Hizmetlerinin Tanımı	12
2.2.3. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri.....	13
2.2.4. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması	15
2.2.4.1. Koruyucu sağlık hizmetleri	15
2.2.4.2. Tedavi edici sağlık hizmetleri	16

2.2.4.3. Rehabilitasyon hizmetleri	17
2.2.4.4. Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri	17
2.2.5. Hastane Hizmetleri	18
2.2.5.1. Hastanelerin sınıflandırılması	19
2.2.5.1.1. Mülkiyet durumuna göre hastaneler.....	19
2.2.5.1.2. Büyüklüklerine göre hastaneler.....	20
2.2.5.1.3. Eğitim statüsüne göre hastaneler	20
2.2.5.1.4. Hastaların kalış süresine göre hastaneler.....	21
2.2.5.1.5 Akreditasyona göre hastaneler	21
2.2.5.1.6. Dikey entegrasyona göre hastaneler	22
3. HİZMET KALİTESİ VE SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE.....	24
3.1. Kalitenin Tanımı.....	24
3.2. Hizmet Kalitesi Kavramı.....	24
3.2.1. Hizmet Kalitesinin Boyutları.....	26
3.3. Hizmet Kalitesinin Ölçümünde Kullanılan Modeller	29
3.3.1. Grönroos'un Algılanan Hizmet Kalitesi Modeli	29
3.3.2. ServQual Hizmet Kalitesi Modeli	31
3.3.3. ServPerf Hizmet Kalitesi Modeli	35
3.4. Sağlık Hizmetlerinde Kalite	35
3.4.1. Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Özellikleri	38
3.4.2. Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Boyutları	40
3.4.3. Sağlık Hizmetlerinde Teknik Ve Fonksiyonel Kalite.....	42
3.4.4. Sağlık Hizmetlerinde Dünyada Kalite Standartlarının Gelişim Süreci ..	44
3.4.5. Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinde Kalite Standartlarının Gelişim Süreci	45
3.5. Hizmet Kalitesi Ölçümü	47
3.5.1. ServQual Modeli.....	47
3.5.1.1. ServQual skorunun hesaplanması	51
3.5.1.2. ServQual ölçeğinin kullanım amaçları	51
3.5.1.3. Servqual ölçeğinin üstün yönleri	52
3.5.1.4. Servqual ölçeğinin zayıf yönleri	52
4. SAĞLIKTA HİZMET KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİNE	
YÖNELİK BİR UYGULAMA.....	55
4.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi.....	57

4.2. Araştırmanın Kısıtları	58
4.3. Araştırmanın Ana Kütlesi ve Örneklemi	58
4.4. Veri Toplama Aracı ve Yöntem	62
4.5. Araştırmanın Bulguları ve Tartışma	62
4.5.1. Teknik Hizmet Kalitesi	62
4.5.2. Somutlar Unsurlar	64
4.5.3. Güvenilirlik	66
4.5.4. Duyarlılık (Heveslilik)	70
4.5.5. Güvence	72
4.5.6. Empati	75
4.5.7. Bilgilendirme	76
5. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	80
KAYNAKLAR.	86
ÖZGEÇMİŞ	100

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Sağlık bakanlığına bağlı kamu ve özel hastaneler .	20
Şekil 2. Hizmet kalitesi modeli	30
Şekil 3. Hizmet kalitesi fark modeli.....	34
Şekil 4. Kalitenin özellikleri	38



TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1. Hizmetlerle fiziksel malların nitelikleri arasındaki farklılıklar	7
Tablo 2. Hizmetin yapısına göre sınıflandırılması	8
Tablo 3. Hizmet işletmelerinin müşterisiyle olan ilişkisinin türüne göre sınıflandırılması	10
Tablo 4. Hizmet işletmesinin esnekliğine göre sınıflandırılması	10
Tablo 5. Yıllara ve sektörler göre yatan hasta sayısı	20
Tablo 6. Yıllara ve sektörlere göre hastanelerde yatılan gün sayısı	21
Tablo 7. Dallara göre hastane ve yatak sayıları, 2018	23
Tablo 8. Hizmet kalitesinin boyutlarına yönelik çalışmalar	26
Tablo 9. Hizmet Kalitesinin 10 Temel Boyutu	29
Tablo 10. Sağlık İşletmelerinde kullanılan ServQual Ölçeğinde yer alan hizmet kalitesi ve bunlara denk gelen soru önermeleri	49
Tablo 11. Çalışmanın örnekleminde katılımcıların listesi	58
Tablo 12. Katılımcıların demografik bulguları	61

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

A	Ağırlıklandırılmamış Servqual Skoru
ASS	Algı Skoru
B	Beklenti Skoru
Bknz	Bakınız
Dr.	Doktor
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
HKS	Hizmet Kalitesi Standardı
K	Katılımcı
KÜ	Kastamonu Üniversitesi
OECD	İktisadi İşbirliği Ve Gelişme Teşkilatı
OSS	Ortalama Servqual Skoru
SIYÖS	Sağlıkta İndikatör Yönetim Sistemi
SKİD	Sağlıkta Kalite İyileştirme Derneği
SKS	Sağlık Kalite Standartları
SS	Servqual Skoru
>	Büyüktür
<	Küçüktür
=	Eşittir

1. GİRİŞ

Son yıllarda dünyada ve ülkemizde sağlık işletmelerinde artan rekabet ve teknolojik gelişmeler, sağlık hizmetlerinde hizmet kalitesinin yükseltilmesini zorunlu kılmaktadır. Kaliteli hizmet anlayışını benimseyen işletmeler rakiplerine göre daha farklı stratejiler geliştirerek rekabet ortamında fark yaratacak yetenekler geliştirmektedirler. İşletmeler, müşteri ihtiyaçlarının belirlenmesi ve memnuniyetini esas alan müşteri odaklılık ilkesine göre, hareket etmektedirler.

Hizmet, tüketici ihtiyaçlarının giderilmesi amacıyla ortaya çıkan ve maddi niteliği olmayan, sunulduğu anda tüketilen, soyut ve heterojen özelliği olan bir üründür. Bu yüzden sınırları tam olarak çizilemeyen farklı alanlarda aynı hizmetin verilemediğini gören işletmeler, yönetim stratejisi ve pazarlama faaliyetlerinde uygun stratejiler belirleyerek hizmetleri sınıflandırmışlardır. Diğer hizmetlerden farklılık arz eden sağlık hizmetleri, toplum ve kişilerin sağlığını korumak ve geliştirmek, hastalıkları önlemek, hastalanan kişilere erken tanı koyarak tedavi etmek, sakatlıkları önlemek ve insanların kaliteli yaşam sürmeleri için sunulan hayati hizmetlerdir. Yeterli hizmetin sunulamaması durumunda toplumsal sorunlar çıkabilmektedir. Son yıllarda sağlık sektöründe hizmetin her alanda beklentileri karşılamaya yönelik olması, buna yönelik çabaları ve kalite kavramını önemli hale getirmiştir. Kalite anlayışı hizmete ulaşılabilirlik, eşitlik, zaman içerisinde dinamik ve iyileştirilebilir olması, değişim ve dönüşüm göstermekte ve müşteri ihtiyaç ve beklentilerini azami karşılamayı hedeflemektedir. Sağlık hizmetlerinde kalite, Hizmetin sunum sürecinde, hastaların uygun tanı ve tedavilerinin uluslararası standartlara uygun olarak tıbbi bakım ve tedavilerinin yapılması, hizmet süreci boyunca ihtiyaç ve beklentilere yönelik hizmet verilmesidir. Sağlık hizmetlerinden beklenti daha çok kaliteli ve ucuz hizmet alabilmektir. Buna yönelik sağlık hizmeti sunan kuruluşlar arasında yüksek kalitede hizmet verebilmek için, tıp alanında yaşanan gelişmeler takip edilmektedir.

Tezin birinci bölümünde hizmet ve sağlık hizmetleri kavramları açıklanmış. Hizmetin ve sağlık hizmetlerinin genel özellikleri ve sınıflandırılması yapılmıştır.

Tezin ikinci bölümünde kalite kavramı ve hizmet kalitesi açıklanmıştır. Hizmet kalitesi boyutları ve hizmet kalitesinin ölçümünde kullanılan modeller açıklanmıştır.

Dünyada ve ülkemizde sağlık hizmetlerinin kalite süreci anlatılmış olup, sağlık hizmet kalitesi ölçüm modeli olan ServQual modeli açıklanmıştır.

ServQual hizmet kalitesi ölçüm modeli, tüm hizmet sektörleri için fonksiyonel hizmet kalitesi boyutları üzerinden beklenen ve algılanan hizmet kalitesini anket yöntemi kullanılarak ölçen bir yöntemdir. ServQual modelinden faydalanılarak hazırlanan birçok çalışmada bu modelin kalite boyutları tanımlarını kullanmıştır. Genel hizmet kalitesinde fonksiyonel hizmet kalitesinin yanı sıra hizmete özgü unsurları da dikkate alan teknik hizmet kalitesi ve bilgilendirme boyutları önem arz etmektedir.

Bu çalışmada sağlık hizmetlerinde hasta beklenti ve algılarını ölçmek için, nitel analiz tekniği olan, derinlemesine mülakat yöntemi kullanılmış, yarı yapılandırılmış mülakat sorularından faydalanılmıştır. Görüşmede katılımcılara sorulmak üzere aşağıdaki araştırma soruları hazırlanmıştır.

Aldığınız hizmetten memnun kaldığınız bir sağlık kurumunu düşünün. Bu kurumda hoşunuza giden unsurlar nelerdi?

Aldığınız hizmetten memnun kalmadığınız bir sağlık kurumunu düşünün. Bu kurumda hoşunuza gitmeyen unsurlar nelerdi?

Sizce kaliteli bir sağlık hizmeti için sağlık kurumunda nelere dikkat edilmelidir?

Yapılan görüşmelerde bu sorulara ek olarak, katılımcıların cevapları doğrultusunda daha detaylı değerlendirmeler almak üzere bağımsız sorular sorulmuştur.

Hizmet alanların aldıkları hizmet kalitesini değerlendirirken nelere dikkat ettikleri araştırılmış, bu unsurlar mevcut hizmet kalitesi literatürü kapsamında sınıflandırılmaya çalışılmıştır. Belirtilen ifadeler Parasuraman, Berry, & Zeithaml (1985, s. 41-50) tarafından geliştirilen beş hizmet kalitesi boyutuna ek olarak bilgilendirme boyutu ve Groonros'un teknik hizmet kalitesine göre 7 boyut altında değerlendirilmiştir.

2. HİZMET KAVRAMI VE SAĞLIK HİZMETLERİ

2.1. Hizmet Kavramı

Hizmet, tüketici ihtiyaçlarının giderilmesi amacıyla ortaya çıkan, zaman, yer, biçim ve psikolojik yarar sağlayan faaliyetleri içeren soyut bir kavramdır (Devebakan & Aksaraylı, 2003, s. 38-54). Hizmet kavramı; soyut ve değişken bir kavram olduğu için, hizmetin sadece müşteriler tarafından deneyimlenen faaliyetler olarak algılanmasına neden olmuştur. Bu özellik müşteriler ve işletmeler açısından somut soyutluk ve zihinsel soyutluk olmak üzere iki farklı şekilde açıklanmıştır. Hizmetin elle tutulamıyor olması somut soyutluk ile açıklanırken, hizmet çıktısının tahmininin güçlüğü, zihinsel soyutluk ile açıklanmıştır. Hizmetin zihinsel soyut yapısı değerlendirme sürecinde yaşanan güçlüklerle kendini gösterir. Bu nedenle hizmetin değerlendirilmesinde tüketici tatmini ve yararı ön plandadır. İşletmeler tüketici beklentilerinin karşılanmasında hizmet kalitesinin önemini kavramışlardır (Sureshchandar, Rajendran, & Kamalanabhan, 2001, s. 111-124)

2.1.1. Hizmetin Tanımı

Hizmet maddi niteliği olmayan tüketici ihtiyaçlarının giderilmesi amacıyla ortaya çıkan bir üründür (Kuriloff, Hemphill, & Cloud, 1993, s. 719). Hizmet üretildiği yerde tüketilen bir iş eylem, bir performans sosyal olay ya da çaba olduğunu aktarmıştır (Uyguç, 1998). Kotler & Gary'e (2004) göre, hizmet bir tarafın diğerine sunduğu, temel olarak dokunulamayan ve herhangi bir şeyin sahipliğiyle sonuçlanmayan bir faaliyet veya yarardır. Üretilmesi, fiziksel bir ürüne bağlı olabilir veya olmayabilir. Tek (1999), hizmetin satışa sunulan faaliyetler ve fayda tatmini olarak görüldüğünü belirtmiştir.

Grönroos'e (2008, s. 298-314) göre soyut bir kavram hizmetin, müşteri ile hizmet sağlayıcısının, fiziksel mallar ve diğer fiziksel kaynaklar, sistemler veya alt yapılar gibi unsurlar arasındaki etkileşim anında oluşan müşteri sorunlarına yönelik çözüm olarak sunulan faaliyet sürecidir. Ayrıca hizmetin etkileşim rolü üzerinde durmuş bu etkileşimin müşteri ile hizmeti veren arasında olabileceği gibi, hizmet verildiği yerdeki fiziksel kaynak ya da mallar arasında da olabileceğini belirtmiştir. Buna göre sağlık

hizmeti sunan doktor ile hizmeti alan hasta yani müşteri arasındaki iletişim kadar, hizmet sırasında orada bulunan fiziksel eşyalarla da etkileşimi önemlidir (Öztürk, 2019, s. 244).

Hizmetin bir tek tanımı olmayıp farklı anlamlar içerdiği gibi, kendine özgü nitelikler taşıdığı görülmektedir. Hizmetler; sunulduğu anda tüketilmekte, tekrarlanabilir ve dinamik bir yapıya sahip olup fiziksel ürünler ya da fiziksel objelerin boyutları anlamında ölçülememektedir. Zamanla ilgili faaliyetler dizisinden oluşan hizmetin süresini, hizmetlerin oluşturulması ve sunulması süreci belirlemektedir. Belli bir anda başlayıp ve belli bir anda bittiği, insan davranışı ile yönlendirilen bir dizi faaliyetten oluştuğu bilinmektedir. Emegün önde olduğu hizmet sunumunda insan faktörü çok önemli olup, Emegün önde olduğu nitelikli iş gören ve uzman kişiler tarafından hizmet verilmektedir (Sayım & Aydın, 2011, s. 246).

2.1.2. Hizmetin Genel Özellikleri

2.1.2.1. Hizmetin soyut olma özelliği

Hizmetin mal ile arasındaki temel farklılık, soyut olması ve malın aksine fiziksel varlığının olmaması, dokunulamamasıdır. Hizmetin soyutluğu duyu organları aracılığıyla algılanamamasını ifade etmektedir. Hizmetin soyutluk özelliği; iki farklı özellikte açıklanmaktadır. Somut soyutluk ve zihinsel soyutluktur. Hizmetin tam olarak elle tutulamıyor olması veya tadılamıyor olması somut soyutluk olarak açıklanmıştır. Hizmet çıktısının tam olarak tahmin edilemiyor olması ise zihinsel soyutluk olarak açıklanmıştır (Sureshchandar, Rajendran, & Kamalanabhan, 2001, s. 111-124); (Redman & Mathews, 1998).

Hizmetin soyut özelliği müşteriler üzerinde değerlendirme sürecinin zorlaştırmaktadır. Soyutluk hizmet sağlayıcısının müşteriye sunduğu hizmet teklifine ilişkin değerlendirme sürecinde iletişim sorunları yaşanmasına sebep olmaktadır. Tüketici hizmeti tam olarak alıncaya kadar belirsizlik nedeniyle sağlıklı değerlendirme yapamamaktadır ve bu nedenle risk oranı artmaktadır. Sonuç olarak bu özellik hizmet kalitesi kavramını fiziksel mal kalitesine göre daha anlaşılabilir kılmaktadır. Bu durumda işletmeler müşterinin yaşadığı belirsizliği ortadan kaldırmak için somut kanıtlar sunmaya çalışmaktadırlar (Redman & Mathews, 1998, s. 57-77) Örneğin bir

terzinin dıkeceği elbisenin modelini çizmesi ya da göstermesi gibi. Eğer fiziksel kanıtlar ileri sürülmemiş ise; müşteri kendi deneyimlerine veya hizmet kalitesini fiyatı ile değerlendirmektedir. İşletmelerin ağızdan ağıza iletişimi güçlendirecek faaliyetlere önem vererek hizmet kalitesini artırma çabası buna yöneliktir (Palmer, 1998, s. 340);(Dörtyol, 2014, s. 238).

2.1.2.2. Ayrılmazlık zelliği

Hizmetin bir diğer özelliği, üretim ve tüketimin eşzamanlı olmasıdır. Maml retim sonucunu birçok ürün stoklanıp daha sonra tüketilmektedir. Hizmet ise üretildiği an tüketilmektedir. Hizmetin retim ile satışı arasında eş güdümlü bir ilişki vardır. Bu nedenle hizmet verilirken müşteri sunum sürecine katılarak tecrübeleriyle hizmeti etkilemektedir. Bu durum, üretici ve satıcının aynı kişi olmasından ve hizmeti veren kişinin, üretim sürecinde bulunmasından, sürecin bir parçası olmasından kaynaklanmaktadır. Aynı zaman da hizmeti satın alan müşteri ile hizmeti sağlayan arasında iletişimin önemi hizmet kalitesini doğrudan etkilemektedir. Örneğin; bir sağlık hizmeti sunan doktorun hastasına yaklaşımı hizmet kalitesini olumlu ya da olumsuz yönde etkilemektedir. Eğitim, bankacılık, kuaförlük, ulaşım gibi sektörlerde, müşteri üretim sürecine katılarak, verilen hizmeti direkt etkilemektedir (Sayım & Aydın, 2011); (Murdick & Roberta, 1990, s. 596).

2.1.2.3. Dayanıksızlık özelliği (stoklanamama)

Hizmet; performansı ifade etmeleri nedeniyle mallardan farklı olarak sonradan kullanım için, stoklanamaz, depolanamaz, iade edilemez (zgven, 2008, s. 651-682). Kullanılmayan ve stoklanamayan hizmet, talebin değişmesiyle beraber satış ve pazarlamada kapasiteyi planlamayı zorlaştırmaktadır. Hizmete olan talep anlık ya da günlük bile değişim gösterebilir. Kullanımın ne kadar olacağını kestirmek zordur. Fazla kapasite talebin az olmasında boş kullanılmayan kapasitedir. Az olması durumunda talep karşılanamamaktadır (Doyle, 1998, s. 360). Boş kalan otel odaları, boş otobüs koltukları ve satılamayan tiyatro biletleri buna örnek olarak gösterilebilir.

2.1.2.4. Heterojenlik özelliği (değişkenlik)

Hizmet performans gerektiren bir durumdur. Kişinin her zaman aynı kalitede hizmet verebilmesi oldukça güçtür. Fiziksel ve psikolojik faktörler performansı direkt etkilemektedir. Hizmeti sunanların davranışları, müşterinin hizmet kalitesi algısını etkileyerek, değiştirecektir. Aynı hizmetin, tam olarak aynı şekilde yeniden verilmesi hizmetin heterojenlik özelliğinden dolayı çok zordur. Heterojenlik hizmetin kalitesindeki değişkenliktir. Bu durum hizmetin ayrılmazlık özelliği ile direkt ilişkilidir. Üretim ve tüketim sürecinin ayrılmaz olması, hizmetin sunumunda da farklılıklar yaratmıştır. Örneğin yakın mesafedeki iki hastane ya da banka arasında hizmet farkı olabileceği gibi, aynı çalışanın da farklı günlerdeki performansı değişebilmektedir (Mudie & Pirrie, 2006, s. 280) ; (Ghobadian, Speller, & Jones, 1994, s. 43-66). Üretim ve tüketim sürecinin bir olması, müşterinin üretim sürecinde bulunması, hizmet sunumunun standartlaşmasının da önüne geçmektedir (Songur, 2009, s. 12). Bu durum fiziksel mal ile hizmet arasındaki temel farktır. Hizmet mamul üretimindeki gibi standartlaştırılmaz. Hizmetin her birimi diğerinden farklıdır (Öztek, 1997, s. 9).

2.1.2.5. Sahip olunamamak özelliği (mülkiyetin olmaması)

Hizmetin soyutluk ve dayanıksızlık özellikleri, mülkiyet kavramını ortadan kaldırmaktadır. Bu durum mal ile hizmet arasındaki farklardan biridir. Bir malı satın alan, mülkiyetini de aldığı için istediğini yapabilmektedir. Hizmetlerde ise, mülkiyeti alamamakta ve mülkiyet devri de gerçekleştirilememektedir. Müşteriler sadece kullanım hakkını alarak, tecrübe edinirler ve yarar sağlarlar (Gupta & Chen, 1995, s. 28-35). Fiziksel mallar ile hizmetler arasında ki temel farklılıklar Tablo'1 de gösterilmiştir.

Tablo 1. Hizmetlerle fiziksel malların nitelikleri arasındaki farklılıklar

Fiziksel Mallar	Hizmetler
Somuttur	Soyuttur
Hedef standardizasyondur, hep aynı biçimde üretmektir.	Hedef eşsizliktir, benzersizliktir; her bir müşteri özeldir, kendine özgüdür.
Stoklanabilir.	Stoklanamaz.
Müşteri, kullanıcı ya da tüketicidir.	Müşteri, üretim sürecine bizzat katılır.
Müşteri üretim sürecinde yer almaz.	Hatayı telafi etmek zordur.
Malların üretiminde bir hata yapıldıysa düzeltmek mümkündür.	Müşteriler, hizmet sunulan yere giderler.
Müşterinin bulunduğu yere ulaştırılır.	Sahiplik, transfer edilemez.
Sahiplik, transfer edilebilir.	

Kaynak: (Gronroos, 1994, s. 28).

2.1.3. Hizmetin Sınıflandırılması

Hizmetin soyut ve kapsamının geniş bir alana yayılmış olması nedeniyle tek bir tanımlı olmadığı gibi sınıflandırılmasında birçok farklı görüşler bulunmaktadır. Farklı alanlarda aynı hizmetin verilemediği, farklı özellikler gösterdiği anlaşılmaktadır. O nedenle bütün hizmetlerin aynı özellikte olması imkânsızdır. Sınırları tam anlamıyla çizilememektedir. Sorunların çözümüne yönelik gruplamalarda hizmetin alt gruplarını incelemek gerekmektedir (Ardıç, 1998, s. 14).

İşletmeler yönetim stratejisi ve pazarlama faaliyetlerinde uygun stratejiler belirlemek için hizmet sınıflandırılmasından faydalanmaktadırlar.

Lovelock & Lauren (2002, s. 436), Hizmetlerin gruplandırılabilceğini ve buna göre, pazarlama stratejileri geliştirilebileceğini savunmuşlardır. Hizmetin somut özelliklerinin değerlendirme kolaylığı sağladığını belirtmişlerdir. Bütün sınıflandırmaların içinde bulunduğu genel bir sınıflama aşağıda yapılmıştır.

2.1.3.1. Pazarlanabilir hizmetler ve pazarlanamayan hizmetler

Hizmetlerin pazarlanabilir ve pazarlanamaz olması ekonomik, politik ve sosyal nedenlerle farklılık gösterebilmektedir. Devletin verdiği kamu hizmetleri pazarlanamayan hizmetlerdir. Örneğin yaya geçidinden ücret vermeden geçmek gibi. Ancak son yıllarda şehirlerarası otoyol geçişlerinden alınan ücretler bu ayrımın çok net olmadığını göstermektedir. Aynı evi paylaşan kişilerin kendi aralarında verilen hizmetler de pazarlanamayan hizmetler olarak kabul edilmektedir. Evde bebek bakımı,

temizlik, yemek pişirmek örnek verilebilir. Ticari olarak yapılan hizmetler ise pazarlanabilir hizmetlerdir (Öztürk, 2019, s. 244) ; (Kıraç, 2019, s. 111).

2.1.3.2. Üretici ve tüketici hizmetleri

Tüketici hizmetleri, kişinin bir fayda sağlamak için, talebi karşısında aldığı hizmetlerdir. Üretici hizmetleri ise; ekonomik bir fayda elde etmek için yapılan, karşılığında bir şeyler üretilen hizmetlerdir. Üretici hizmetleri iki farklı grupta değerlendirmek mümkündür. Birinci grupta bir ürünün satışı ve sonrasında verilen teknik ve destek hizmetleri, beyaz eşya satışı, otomobil satışları ve sonrasında verilen hizmetlerdir. İkinci grup ise herhangi fiziksel ürün satışı olmadan verilen bankacılık, sigortacılık, seyahat hizmetleri, muhasebe vb. hizmetlerdir (Süzer, 2006, s. 256-258).

2.1.3.3. Hizmetin yapısına göre hizmetler

Hizmetin maddi ve maddi olmayan hizmetler olarak görülmesi farklı bir sınıflandırma yapılmasını gerektirmiştir. Tablo 2’de hizmetin yapısına göre sınıflandırılması verilmiştir.

Tablo 2. Hizmetin yapısına göre sınıflandırılması

Hizmetin yapısı	Hizmeti Doğrudan Elde Eden Kim ya da Ne	
	İnsan	Nesne (Eşya)
Dokunulabilir Hareketler	1. İnsanların Vücuduna Yöneltilen Hizmetler	2. Mal ya da Diğer Fiziksel Nesnelere Yöneltilen Hizmetler
	Sağlık Güzellik Salonları Restoran Yolcu Taşıma Saç Kesimi Spor Salonları	Mal Taşıma Kuru Temizleme Kapıcılık Hizmetleri Veterinerlik Endüstriyel Makine bakımı, tamiri Peyzaj Mimarlığı
Dokunulmaz Hareketler	İnsanların Zihinlerine Yöneltilen Hizmetler	Dokunulmayan Aktiflere Yöneltilen Hizmetler
	Eğitim Tiyatro Müze Yayımcılık Enformasyon hizmetleri	Bankacılık Sigortacılık Muhasebecilik Hukuki hizmetler

Kaynak : (Lovelock C. H., 1984, s. 51).

Hizmet pazarlayan kişi, bu tür bir sınıflandırma da bazı soruların cevaplarını verebilmelidir:

1. Tüketici fiziksel olarak orada bulunmalı mıdır?

- Hizmetin sunumu sırasında
- Hizmetin başlatılması sırasında (Bilgisayarını tamire verip, sonra gelip almak).
- Hizmet sırasında orada hiç bulunulmayabilir (Hizmet sunucusuyla telefonla ya da mail yoluyla iletişim kurulması gibi).

2. Hizmet sunumunda müşterinin zihinsel olarak da orada bulunması gerekli midir?

Hizmet sunumu sırasında orada bulunulması gerekiyor ise, hizmet bitene kadar zaman harcamak gerekmektedir. Müşteri memnuniyeti için mekân ve zamanlama önem kazanmaktadır. Müşterinin bulunmadığı hizmetlerde, Hizmet sunan ile yüz yüze iletişim kurulamadığı ve müşteri hizmet sürecinde bulunmadığı için, verilen hizmetin teknik kalitesi önem kazanmaktadır. Örneğin kredi kartı hizmetleri.

Yüz yüze verilen hizmetler, yoğun müşteri faaliyetlerini azaltmak için, otomatik makine işlemlerine ağırlık verilmektedir. Bankacılık işlemlerinde ATM hizmetleri buna en iyi örneklerdir. İnsan zihnine yönelik hizmetlerde ise; online verilen eğitim hizmetleri gibi elektronik ortamda hizmet verilmektedir (Lovelock C. H., 1984, s. 492).

2.1.3.4. Hizmet işletmesinin müşterisiyle ilişki türüne göre sınıflandırma

Hizmet işletmeleri, bireysel ve kurumsal olarak hizmet sunarken, müşterileriyle uzun dönemli ilişki kurarak hizmeti sürekli hale getirirler. Telefon aboneliği, aile hekimliği, bankacılık hizmetleri örnek olarak verilebilir Bu tür sınıflandırmalarda hizmet işletmeleri büyük avantajlar sağlamaktadırlar. İşletmeler, müşteri portföyünü bilmekte ona göre stratejiler geliştirmektedirler. Kayıtlı müşterilerine telefon, posta ve internet satışlarıyla ulaşarak fiyatlandırma konusunda avantajlar sunabilmektedirler Sürekli hizmet alan müşterilerine yönelik, indirim, peşinat ve kolay ödeme imkânları sağlanmaktadır. Hizmet işletmelerinin müşterisiyle olan ilişkisinin türüne göre sınıflandırma Tablo 3’de örneklerle gösterilmektedir.

Tablo 3. Hizmet işletmelerinin müşterisiyle olan ilişkisinin türüne göre sınıflandırılması

Hizmet Yapısı	Sunumunun	Üyelik İlişkisi Var	Biçimsel olmayan Bir İlişki Var
Hizmetin Sürekli Oluşu		Sigorta Bankacılık Telefon Aboneliği	Karayolu Radyo İstasyonu
Hizmetin aralıklı oluşu		Bir Tiyatroya Abone Olma Otobüs Pasoları	Araba Kiralama Restoran Tiyatro ve Sinema Kamu Taşımacılığı Posta Hizmetleri

Kaynak: (Lovelock C. , 1983, s. 21).

2.1.3.5. Hizmet işletmesinin esnekliğine ve inisiyatifine göre sınıflandırma

Hizmeti sunan kişinin hizmetin özelliklerini belirlemedeki inisiyatifi tablo 4’de gösterilmektedir.

Tablo 4. Hizmet işletmesinin esnekliğine göre sınıflandırılması

Hizmeti Sunan Kişinin Hizmetin Yüksek Düşük Özelliklerini Belirlemedeki İnisiyatifi		
Yüksek	Hukuki Hizmetler Mimari Tasarım Taksi Hizmeti Güzellik Bakım Özel Eğitim Sağlık Hizmetleri	Kitle Eğitimi Koruyucu Sağlık Programları
Düşük	Telefon Hizmetleri Otel Hizmetleri Kaliteli Restoranlar Mevduat Bankacılığı	Kamu Taşıyıcılığı Sinema-Tiyatro Ayakta Yeniden Restoranlar

Kaynak: (Lovelock & Lauren, 2002, s. 64).

Hizmet verenin inisiyatif kullanabilmesi, verilen hizmetin nitelik olarak esnek olmasından kaynaklıdır. Hizmet müşteri beklentilerinin karşılanmasına yöneliktir. Özel olarak verilen bu tür hizmetlere; Tıp, Muhasebe, Mimari, Tasarım gibi profesyonel hizmetler örnek olarak verilebilir (Midilli, 2011, s. 110). Bazı hizmetler ise; müşteriye birçok seçenek ve avantaj sunmaktadır. Örneğin, telefon abonesinin istediği kişiyle görüşme yapabilmektedir. Bu durum müşteri ile hizmeti verenin müşteri ile arasındaki inisiyatif azalmasına neden olmaktadır. Yapılan hizmet buna

müşamaha göstermektedir. Hizmetin tamamen standartlaştığı, esnekliğin düşük olduğu hizmetlerde hizmeti veren kişinin inisiyatif kullanması çok düşüktür. Örneğin, otobüs taşımacılığında, verilen rotanın dışına çıkılamaması gibi (Öztürk, 2019, s. 244).

2.2. Sağlık Hizmetleri Kavramı

2.2.1. Sağlığın Tanımı

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) kabul ettiği en genel tanımlama ‘‘Sağlığın, insanın sadece hastalık ve sakatlık halinin olmayışı değil, beden, ruhen ve sosyal olarak da tam bir iyilik halinde bulunması’’ şeklindedir (Sur & Palteki, 2013, s. 1125). Sağlıklı olmak, yalnızca biyolojik ve psikolojik olarak değil, sosyolojik olarak da kişinin kendisinden beklenen görev ve sorumlulukları yerine getirebilmesiyle mümkün olmaktadır.

Besso'na göre sağlık, bireyin yalnızca kendisi ile değil, çevresi ile etkileşimini de içine alan bir kavramdır. İç dengenin sürdürülmesi için, insan sağlığını tehdit eden çevresel faktörlerin azaltılması, savunma mekanizmalarının güçlendirilmesiyle olacağını ifade etmiştir (Ay, 2013)

Sağlık kavramı, sübjektif ve objektif olarak iki başlıkta değerlendirilmektedir. Bireyin kendi durumunu fiziksel, sosyal ve ruhsal olarak nasıl algılıyor olabildiğini sübjektif sağlık olarak değerlendirir iken, doktor muayenesinde teşhis ve tanı olarak hastalık durumunun olmama hali objektif sağlık olarak tanımlanmıştır. Kişinin sağlıklı olması, objektif ve sübjektif olarak da sağlıklı olmasını gerekli kılmaktadır (Atlı & Yücel, 2018); (Kayalı, Yereli, Soysal, & Terim, 2004).

DSÖ'ne üye ülkeler 1978'de Alma -Ata Bildirgesinde Temel Sağlık Hizmetleri kavramını ilk kez tanımlamıştır. İçeriğinde yer alan 8 hizmetten biri olarak ‘‘Bir toplumda genel olarak görülen sağlık sorunları ve önlenmesi için denetim yapılması halkın buna yönelik eğitilmesi’’ yer verilmiştir. Ülkemizde 1961 yılında kabul edilen 224 Sayılı ‘‘Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi’’ kanununda sağlık eğitiminin birinci basamak sağlık kuruluşlarında verilmesi gereken hizmetler olarak belirtilmiştir (Eren, 2000, s. 216).

Anayasanın 56. Maddesine göre “Herkes sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir” denilerek sağlığın yasal olarak korunmaya çalışıldığı görülmektedir. Devlet herkesin hayatını, sağlıklı bir şekilde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırmakla yükümlüdür. Bu amaçla sağlık kuruluşlarını tek elden koordine ederek, hizmetin yaygın bir şekilde yapılmasını denetleyerek yürütmektedir (Yeginboy & Sayın, 2. Ulusal İktisat Kongresi, 2008).

2.2.2. Sağlık Hizmetlerinin Tanımı

Sağlık hizmetleri, toplum ve kişilerin sağlığını korumak ve geliştirmek, hastalıkları önlemek, hastalanan kişilere erken tanı koyarak tedavi etmek; sakatlıkları önlemek ve insanların kaliteli yaşam sürmeleri için sunulan hizmetlerdir (Hamzaoglu, 2007, s. 21-43).

Sağlık hizmetleri, insan sağlığını koruyucu tedbirler olarak, sağlığı etkileyen olumsuz çevre koşullarını ortadan kaldırma ve önleme, hastalığın oluşması halinde bakım hizmetleri ile destekleme, iyileşme olana kadar bakım yapılan planlı, kapsamlı ve süreklilik gerektiren ertelenemez hizmetlerdir (Ateş, 2013).Kısaca koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri, sağlığı geliştirici hizmetler ve tıbbi rehabilitasyon (iyileştirme) hizmetlerini kapsamaktadır (Yenimahalleli , 1999).Sağlık hizmetleri, bireyin sağlığının geliştirilmesi, eğitim, barınma gibi temel ihtiyaçlarının yanında toplumsal olarak refah düzeyini artırmak, sağlıklı beslenme, erken tanı hizmetlerinden yararlanma, ileri tedavi yöntemlerinden faydalanma, temel içme suyu, endüstri hijyeni, çevre sağlığı gibi konuları içerisine alan faaliyetler bütünüdür (Yeginboy, 1993).

(Odabaşı, 2001), sağlık hizmetlerini “Kişilerin sağlığının korunması” ve “Teşhis, tedavi ve bakım” olmak üzere iki grupta toplamıştır. Sağlık hizmetleri özel ya da kurumsal olarak verilen hizmetlerdir. Kurumsal örgütler hizmetin etkin olması için, sürekli değişim ve dönüşüm içinde ihtiyaçlara yönelik hizmetler vermektedirler. Sağlık hizmetlerini temel amacı insanların sağlıklı yaşamalarına katkı sunmaktır. Dünya da en çok kabul gören Amerikan Tabipler Birliğinin (American Medical Association) tanımına göre sağlık hizmetleri bireyin ve toplumun yaşam standardını iyileştirmeye veya sürdürmeye sürekli olarak katkıda bulunan hizmettir (Çakır, 2007).

224 sayılı “Sağlık Hizmetlerini Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun” sağlık hizmetlerini, hastaların tedavi edilmesi, sağlığa zarar veren faktörlerin yok edilmesi, toplumun bu faktörlerden korunması, ruhen ve bedenen sağlığını kaybedenlerin rehabilite edilmesi faaliyeti olarak tanımlamıştır (Koroğlu, 1987). Sağlık hizmetleri gelişmiş ülkelerin sosyoekonomik kalkınmışlığının da bir göstergesidir. Ülkemizde kamu ve özel sektör toplumun ihtiyacı olan sağlık hizmetlerini, mümkün olan en düşük maliyetle istenilen zamanda, istenilen kalitede sunmaya çalışmaktadır (Tarım, 2009, s. 65-89).

2.2.3. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

Sağlık hizmetleri diğer hizmetlerden farklı bir hizmettir. Sağlık hizmetlerinin özellikleri aşağıda açıklanmıştır:

- Sağlık hizmetini sunanlar ile talep edenler arasında şartlar eşit değildir.
- Sağlık hizmetine talep, sınırlı olmakla beraber hizmetin sunum noktasında tekelleşme olduğu söylenebilir. Örneğin zincir hastaneler.
- Sağlık hizmetlerinin yerini hiçbir hizmet dolduramaz.
- Hizmeti alanlar piyasa hakkında tam bilgiye sahip değildirler.
- Sağlık hizmetleri ertelenemez telafi edilemez özelliktedir.
- Sağlık hizmetlerinin fiyat ve tutundurma ile gerçek maliyetleri arasındaki ilişkiyi tam olarak ölçmek ve tutturmak zor olmaktadır.
- Sağlık hizmetinin nerede ne zaman ve ne kadar alınacağını kimse ön göremez talep her zaman belirsizdir.
- Sağlık hizmetlerinde müşteri alacağı hizmetin uzmanlık gerektirmesinden dolayı, tam olarak yeterli bilgiye sahip değildir. Dolayısıyla hizmeti ve içeriğini hizmeti alan değil, veren yani doktorlar belirler.
- Sağlık hizmetleri sunumunda, hizmeti alan ve yeterli sağlık bilgisine sahip olmayan kişiler tarafından, hizmetin aksadığı ve akıl dışı davranışlar sergilendiği görülmektedir. (Hastanın hastalığını kabul etmemesi, tedaviyi reddetmesi ya da tam olarak şikâyetlerini anlatamaması gibi.)
- Hizmetten alınan memnuniyet, çoğu zaman dış faktörlerin etkisiyle hizmeti talep edenler ile hizmet sunanlar arasında doyum noktasında farklılıklar olabilmektedir. Sağlık hizmetini önceden test etme ya da telafi etme imkânı

olmadığı için, kalite konusunda hizmete güven etik kurallar çerçevesinde belirlenmektedir.

- Sağlık hizmeti çıktısı, kar amacı olmayan, paraya çevrilemeyen, maliyet politikası olarak kendi içinde özel bir yere sahiptir
- Sağlık hizmetlerinin bir kısmı toplumsal niteliklidir.

Hizmetin yeterli olmaması durumunda toplumsal sorunlar çıkabilmektedir (Ak & Sevin, 2000);(Tengilimlioğlu, Akbolat, & Işık, 2015, s. 602), Ayrıca sağlık hizmetlerinin yukarıdaki özelliklerin yanı sıra bu hizmetler, önceliği kar amacı gütmeyen, toplumsal hizmet sunan, uzman bir ekiple 24 saat kesintisiz hizmet veren ve matriks yapıda olan organizasyonlar tarafından verilmektedir (Tarım, 2009, s. 65-89).Sağlık hizmetlerinin yapısal özellikleri şöyle açıklanmaktadır:

- Sağlık sektöründe uzman kadrolar görev yapmaktadır.
- Sağlık kurumlarında bir birimin görev yapabilmesi için, başka bir birimle eş güdüm halinde çalışması gerekmektedir. Bu durum işlevsel bağımlılığın yüksek olduğunu ve meslek grupları arasında iş paylaşımının zorunlu olduğunu göstermektedir.
- İnsan kaynaklarında profesyonelliğin öne çıktığı, kurumsal hedeflerden çok, mesleki doyumun önemli olduğu ve kurumsal hedeflerin mesleki amaçların gerisinde olduğu görülmektedir. Bir hekimin görevi yaptığı tedavinin ücreti değil, yaptığı tedavinin hasta için yararlı olmasıdır.
- Yapılan hizmetin miktarını belirleyen hekimlerdir. Onların kararları doğrultusunda sağlık hizmeti verilmektedir. Faaliyetlerin etkili ve verimli kullanımının sağlanması için, kurumsal yönetim ve yönetsel olarak etkili bir denetim kurulamamıştır.
- Tüm sağlık kurumlarında profesyonel kişilerin mesleki bilgi ve tecrübelerinden dolayı, özerk olmalarından kaynaklı otoriteleri bulunmaktadır. Bu çatışmalara ve ikili otoriteye neden olmaktadır (Kavuncubaşı, 2013, s. 33-42).

2.2.4. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

3359 Sayılı Sağlık Hizmetleri Kanunun da, tüm yurttan eşit ve kaliteli hizmet verilecek şekilde, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı tarafından tüm sağlık hizmetleri planlanarak koordine edilir ve mali olarak geliştirilerek desteklenir denilmiştir (Özmen, 2016, s. 541). Ülkemizde sağlık hizmetleri, kamu ve özel sağlık kurum ve kuruluşları tarafından verilmektedir. Sağlık kurumlarında yapılan bu hizmetler ürettikleri hizmet itibarıyla farklı olmaktadır. Hizmetin farklılığına göre dört ayrı grupta incelemek mümkündür. Aşağıda sağlık hizmeti sunum şekilleri açıklanmıştır:

2.2.4.1. Koruyucu sağlık hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetleri hastalıkları önlemek ve oluşacak hastalıkların ya da sakatlıkların önüne geçebilmek için, mücadele eden, oluşabilecek her türlü riskler için önlemler alabilen ve doğrudan devlet kurumları tarafından yürütülen hizmetlerdir. Kişiyeye yönelik yapılan hizmetler; aşılama, erken tanı, çocuk planlaması, kanser taraması, kişisel hijyen, sağlıklı beslenme hizmetleri, çevre etkisiyle oluşabilecek hastalıkların önlenmesi kısaca toplumun refah düzeyini artırmak için yapılan tüm hizmetleri içerisine alan hizmetlerdir (Kavuncubaşı & Yıldırım, 2010, s. 564). Birinci basamak sağlık hizmeti olarak verilen koruyucu hizmetler çevreye ve kişiyeye yönelik olarak farklı şekilde verilmektedir. Kişiyeye yönelik koruyucu hizmetler; sağlık eğitimi, erken tanı hizmetleri, aile planlaması hizmetleri, beslenme alışkanlığının düzeltilmesi, hastalıklardan korunma hizmetleridir. Çevreye yönelik verilen hizmetler; insan sağlığını etkileyen fiziksel koşulların iyileştirilerek kişi üzerinde oluşturabilecek, biyolojik, ekonomik ve sosyal olarak olumsuz etkilerini önüne geçebilmektir. Bu etkilerin önüne geçmek için, alanında uzman, kimyager, biyolog, veteriner vb. meslek grupları hizmet üretmektedir. Bu hizmetler; yeterli temiz içme suyu sağlanması, vektör denetimi, atıkların yok edilmesi, doğal çevrenin korunması, radyasyondan korunmadır. Bu hizmetler kapsamında; su kaynakları sağlamak ve denetlemek, hava kirliliği, gürültü kirliliği kontrolü, gıda hijyeni, iş sağlığı, radyasyonla mücadele, tehlikeli mikroorganizmalarla savaşmak ve buna yönelik çevreyi korumak amaçlı tedbirler alınmaktadır. Kişiyeye yönelik hizmetleri, doğrudan sağlık çalışanları verir iken, çevreye yönelik hizmetlerde denetleyici ve yol gösterici rol üstlenmektedir.

Çevreye yönelik hizmetleri diğer resmi kurumlar vermektedir (Eren, 2000, s. 216); (Akdur, 1998, s. 5-14); (Sözen & Özdevecioğlu, 2002, s. 234).

Koruyucu sağlık hizmetleri birinci basamak hizmeti olarak sağlık müdürlükleri, toplum sağlığı merkezi, aile sağlığı merkezleri, halk sağlığı laboratuvarları, 112 Acil sağlık hizmetleri, aile hekimliği uygulaması, yaşlı bakım hizmeti veren kurumlara bağlı birimler, özel poliklinikler kurumlardaki sağlık faaliyetini yürüten birimler vb. tarafından yürütülmektedir. Koruyucu sağlık hizmetlerinin özellikleri (Eren, 2000).

- Koruyucu hizmetler etkin olup; maliyet olarak daha düşüktür
- Hastanelerin iş yükünü azaltmaktadır
- Bu hizmetlerin uygulanışı daha kolaydır.
- İş gücü kaybının azami önüne geçilmektedir.
- Hastane hizmetlerine göre daha az araç ve gereçle ve personelle hizmet verilmektedir.
- Teknolojik olarak ucuz ve daha basit bir yol izlenmektedir.
- Diğer sağlık hizmetlerine nispetle daha düşük nitelikli istihdam gerektirmektedir

2.2.4.2. Tedavi edici sağlık hizmetleri

Genel sağlığı bozulan ya da kendini kötü hisseden kişilerin yeniden eski sağlığına kavuşması için sağlık merkezlerinde doktor ve diğer sağlık ekibi tarafından bizzat sunulan sağlık hizmetleridir. Koruyucu sağlık hizmetlerinden ayırıcı yönü, direkt kişiye hastalığının iyileşmesine yönelik uygulanmasıdır. Bir nevi hastalığın tedavi edilerek ve bulaşıcılığının önüne geçilerek koruyucu tedavi hizmetleri desteklenmektedir (Kavuncubaşı & Kısa, 2011).

Tedavi edici sağlık hizmetleri, birinci basamak sağlık hizmetleri (ilk başvuru ve ayakta tedavi), ikinci basamak tedavi hizmetleri (yataklı tedavi hizmetleri) son olarak üçüncü tedavi hizmetleri (alanında daha uzman kişiler ve teknolojik olarak yüksek hizmet veren kuruluşlar) olmak üzere üçe ayrılmaktadır.

Birinci Basamak Hizmetler

Evde bakım hizmetleri ve ayakta yapılan koruyucu ve geliştirici sağlık hizmetleri ile birlikte yürütülen hizmetlerdir. Laboratuvar, ilaç ve eczacılık hizmetlerini de içine almaktadır. Sağlık ocakları, aile planlaması merkezleri, verem savaş dispanserleri, ana çocuk sağlığı merkezleri, toplum sağlığı merkezleri, iş yeri revirleri, bu alanda hizmet veren kuruluşlardır (Ay, 2013).

İkinci Basamak Hizmetler

Birinci basamak hizmetlerde iyileşemeyen kişilerin hastane ortamında gerekirse yataklı servislerde teşhis ve tedavisinin yapıldığı hizmetlerdir. Küçük ve orta ölçekli hastanelerde verilmektedir (Ay, 2013).

Üçüncü Basamak Hizmetler

Birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerin kapsamında tedavisi mümkün olmayan, özel bilgi gerektiren uzmanlıkların bulunduğu, ileri tedavilerin uygulandığı, teknolojik olarak daha gelişmiş cihazların bulunduğu tedavi önceliğinin olduğu hizmetlerdir. Bölge Hastaneleri, Şehir Hastaneleri, Eğitim Araştırma Hastaneleri, Özel Dal Hastaneleri bu kapsamda hizmet veren yerlerdir (Kavak & Yılmaz, 2003).

2.2.4.3. Rehabilitasyon hizmetleri

Kişinin, hastalık, kaza ya da herhangi bir felaket sonucu kaybettiği sağlığının yeniden düzeltilmesi için tıbbi ve sosyal olarak destek olarak verilen tüm hizmetlerdir. Zihinsel ve bedensel olarak destek tedavileriyle tekrar sağlığına geri kavuşması sağlanmaktadır. Aynı zamanda hastalığının neden olduğu travmayı ve izlerini yok etmek ve yeniden hayata tutunabilmesi için başkalarına bağımlı olmadan yaşaması için tıbbi ve sosyal olarak destek verilmektedir. Tıbbi hizmetler hastalığının düzeltilmesine yönelik yapılırken, Sosyal Rehabilitasyon hizmetlerinde sakat ya da özürlü kişilerin topluma yeniden kazandırılması hedeflenmektedir. Örnek olarak, iş bulma ve yeniden işe uyum çalışmaları verilebilir (Ay, 2013).

2.2.4.4. Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri

Terris (1992, s. 267-276), sağlığın geliştirilmesi kavramını ilk Henry E. Sigerist tarafından kullanıldığını belirtmiştir. Sağlığın tanım olarak; sağlığın geliştirilmesi,

hastalıkların önlenmesi, hastaların iyileştirilmesi ve rehabilitasyon hizmeti olduğunu belirtmiştir. Eğitim, dinlenme, çalışma şartları, iyi yaşam koşullarının sağlanması durumunda sağlığın geliştirileceğini ifade etmiştir.

Sağlığın geliştirilmesi için, kişilerin sağlığının daha iyi noktalara gelmesi hedeflenmektedir. Buna yönelik, toplum bilinci uyandırılmaya ve refah düzeyi arttırılmaya çalışılmaktadır. Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri, sağlık eğitiminden farklıdır. Çünkü sağlık eğitimi, kişinin bedenlen, ruhen ve sosyal yönden iyi olma halinde olması için, sağlıkla ilgili kötü davranışları değiştirme, iyi yönde davranışların değişimini sağlama, daha sağlıklı yaşayabilmesi için, fiziksel ve sosyal çevre yaratmak gibi yapılan tüm faaliyetleri içine almaktadır (Güler, 1987), Sağlığın geliştirilmesi, yalnızca sağlık kurumları tarafından değil, bireyden başlayarak, tüm toplumu, kamu kurum ve kuruluşlarını hatta küresel baz da tüm dünyayı içine alan, evrensel bir meseledir. Bunun için herkesin sağlığın gelişimine katkı sunması gerekmektedir.

2.2.5. Hastane Hizmetleri

Hastane, hasta ve yaralıların ya da hastalığından şüphe edenlerin, sağlık durumlarını kontrol ettirmek için, ayakta veya yatarak müdahale edildikleri, teşhis ve tedavilerinin yapıldığı, gerekli durumlarda rehabilite edildikleri yataklı kuruluşlardır (Seçim, 1995, s. 327). Hastanelerin vizyon ve misyonlarına baktığımızda dört temel işlevi görülmektedir. Koruyucu, geliştirici hizmetler, eğitim ve araştırma hizmetleridir. Hastanelerin tedavi edici özelliği bulunmakla beraber, koruyucu sağlık hizmetlerini de doğrudan yürütmektedir. Bu kapsamda alkol ve uyuşturucuyla mücadele, sigara bırakma, hamilelik ve bebek bakımı, obeziteyle mücadele gibi hizmetler verilmektedir. Dolayısıyla toplum sağlığının geliştirilmesine katkı sunulmaktadır. Hastanelerin eğitim verme işlevi de bulunmaktadır. Sağlık profesyonellerinin eğitimi, hasta ve yakınlarının eğitimi, çalışanlara verilen hizmet içi eğitimler, sağlık konusunda toplumun aydınlatılması bu kapsamdaki hizmetlerdir. Hastaneler faaliyet alanı olarak, tıbbi araştırma hizmetlerinin verildiği ve birçok meslekten çalışanın bulunduğu, kamu kimliği bulunan sosyal kurumlardır (Kavuncubaşı, 2013, s. 33-42) ; (Özgen, 1995, s. 69-70).

Hastanelerin amacı; sağlık hizmetini en düşük maliyette, en yüksek hizmet olarak vermek olmalıdır. Yönetim kaynaklarını kullanarak, hizmete yönelik maksimum

verimlilik düzeyinde harekete geçiren, teknolojik gelişmeleri takip ederek, bilimsel yöntemleri kullanan, kâr amacı olmayan kuruluşlardır. İyi bir yönetim kaliteli hizmeti de beraberinde getirmektedir. İş planlaması, kadrolama, bütçeleme, yürütme ve kontrol mekanizmalarının etkili çalışması gerekmektedir (Özgülbaş, 1995). Hastanelerin maalesef işleyiş olarak eksiklikleri bulunmaktadır tam kapasite etkin hizmet verebilmek için; nitelikli ve ayrıcalıklı sağlık çalışanlarına, mali idari ve destek hizmetlerinin kadrosunun güçlendirilmiş olmasına, tıbbi cihazların kapasite olarak yeterli donanımda bulunmasına ihtiyaç duyulmaktadır. Bunu ancak yeterli mali gücü bulunan hastaneler yapabilmektedir. Her türlü imkâna sahip hastaneler bile, insan kaynakları, fiziksel ve teknik imkânlar, çalışanların organizasyonu işe adaptasyonu, ücret yönetimi, iş akışının sürekli hale getirilmesi, devlet bürokrasisinden kaynaklanan sorunlar yönetim sorunu doğurmakta ve işleyişte sorunlar çıkarmaktadır (Seçim, 1995, s. 327).

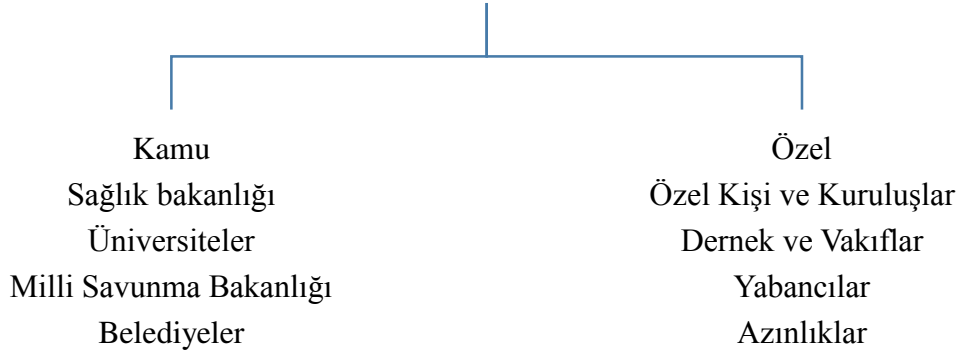
2.2.5.1. Hastanelerin sınıflandırılması

Birçok fonksiyonu olan hastanelerin farklı sınıflandırmalara ayrıldığı görülmektedir. Hastaneler görevine göre (hizmet verdikleri alana), mali kaynaklarının türüne göre (mülkiyetine) büyüklüklerine (yatak sayısına) hastaların yatış sürelerine göre vb. özellikler dikkate alınarak sınıflandırılmaktadır. En genel sınıflandırma aşağıda verilmektedir:

2.2.5.1.1. Mülkiyet durumuna göre hastaneler

Mülkiyetinin hangi kurum ve kuruluşlara bağlı olduğuna göre sınıflandırılmıştır. Ülkemizde hastaneler, sağlık bakanlığına, üniversitelere, belediyelere bağlı olarak kamu ve özel hastaneler olarak hizmet vermektedir. Hastanelerin, doğrudan hastaneyi yönetme ve kontrol görevini kendileri yerine getirirler. Sağlık Bakanlığına bağlı Kamu ve Özel Hastaneler Şekil 1’de sınıflandırılmaktadır.

Mülkiyetlerine Göre Hastaneler



Şekil 1. Sağlık bakanlığına bağlı kamu ve özel hastaneler (Tengilimlioğlu, Akbolat, & Işık, 2015).

Türkiye’deki Hastanelerin Mülkiyet Durumuna göre yatan hasta dağılımı tablo 5’de verilmiştir.

Tablo 5. Yıllara ve sektörler göre yatan hasta sayısı

	2002	2014	2015	2016	2017	2018
Sağlık Bakanlığı	4169779	7396239	7404570	7561989	7606159	7675972
Üniversite	781990	1737627	1891094	1842001	1982410	1955983
Özel	556494	3900407	4237453	4048696	4120734	4019422
Toplam	5508263	13034273	13533117	13452686	13709303	13651377

Kaynak: (<https://www.saglik.gov.tr/TR,11588/istatistik-yilliklari.html>, 2020)

2.2.5.1.2. Büyüklüklerine göre hastaneler

Hastaneler büyüklüklerine (yatak sayılarına) göre de sınıflandırılabilir. Hastanın yattığı gün ve mevcut personel sayısı da büyüklüğünü göstermektedir. Yataklı sayı birimleri 25,50,100,200,400,600,800 ve üstü şeklindedir.

2.2.5.1.3. Eğitim statüsüne göre hastaneler

Hastaneler, eğitim veren ve vermeyen olarak ayrılmaktadır. Eğitim hastanelerinde tedavilerin yanı sıra sağlık çalışanlarının yetiştirilmesine yönelik eğitim hizmetleri

verilmektedir. Eğitim verme gayesi olmayan hastanelerde ise tedavi hizmetlerinin yanında dolaylı olarak sağlık personelinin eğitimine uygulama hizmet alanı olarak katkı sunulmaktadır.

2.2.5.1.4. Hastaların kalış süresine göre hastaneler

Hastanın hastane de kaldığı gün sayısı da hastaneleri diğerlerinden ayırmaktadır. Hastanın 30 günden az hastaneden yattığı süreleri dikkate alan akut bakım hastaneleri ve daha uzun sürelerde kalınan kronik bakım hastaneleri olarak hizmet verilmektedir. Ruh ve sinir hastalıkları hastaneleri, kemik hastalıkları hastaneleri kronik bakım hastanelerine örnek olarak verilebilir. Yıllara ve sektörlere göre hastanelerde yatılan gün sayısı tablo 6’da gösterilmiştir.

Tablo 6. Yıllara ve sektörlere göre hastanelerde yatılan gün sayısı

	2002	2014	2015	2016	2017	2018
Sağlık Bakanlığı	23770910	32078874	32011141	33325800	34065595	34651119
Üniversite	6713945	10260691	10575334	10456273	11072754	10664127
Özel	1730661	9521899	10649770	10368845	11032616	11326789
Toplam	32215516	51861464	53236245	54150918	56170965	56642035

Kaynak : (<https://www.saglik.gov.tr/TR,11588/istatistik-yilliklari.html>, 2020)

2.2.5.1.5 Akreditasyona göre hastaneler

Akredite edilen ve edilemeyen olarak ayrılan hastanelerdir. Türkiye’de geçerli olmayan bir sınıflamadır. Son yıllarda ülkemizde akreditasyon süreci başlamış olup, aktif olarak çalışmalar yapılmaktadır. Henüz istenilen seviyeler gelinmemiş olsa da ABD’den Sağlık Kurumları Akreditasyon Komisyonu tarafından (Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations-JCAHO) belirlenen standartlara uygunluğu saptanan hastaneler, akredite edilen hastaneler olarak belirlenmektedir. Amaç organize olmuş hastaneleri gelişmeye teşvik etmektir.

Profesyonel bağımsız bir ekip tarafından, önceden belirlenmiş standartlara uygunluk açısından ekipman kontrolü, yönetsel ve klinik veri göstergelerinin incelenmesi, belge incelemesi gibi değerlendirmelerle organizasyonel ve klinik performans değerlendirmesi yapılmaktadır. Akreditasyon süreci ile standartlar geliştirilmeye

çalışılmaktadır. Akredite olmuş hastaneler hasta memnuniyetine olumlu bir etki yaratır. Özellikle mali olarak hastanelerin akredite edilmesi çok prestijlidir. Akreditasyon belgesine sahip olan hastaneler, pazarlama ve tanıtım faaliyetlerinde büyük avantajlar sağlamaktadırlar. Akreditasyon belgesi hem yurtdışından gelerek Türkiye’de tedavi görmek isteyen hastalar için bir güven faktörü, hem de yabancı ülke sağlık sigortası şirketleri ve aracı kuruluşlar için tercih edilme sebebidir (Güdük & Kılıç, 2017, s. 102-107).

2.2.5.1.6. Dikey entegrasyona göre hastaneler

Hizmet sunumlarına göre birinci basamak hastaneler, ikinci ve üçüncü basamak hastaneler olarak sınıflandırılan hastaneleri kapsamaktadır. Birinci basamak hastanelerde, ayaktan hastaların tedavisi yapılmaktadır. İkinci basamak hastanelerde, daha genel hizmet verilen tedavi sürelerinin daha az tutulduğu hastanelerdir. Üçüncü basamak hastaneler ise, daha yoğun tedavilerin uygulandığı, ikinci basamak hizmetlerde, tedavisi mümkün olmayan kişilerin iyileştirildiği hastanelerdir. Uygulamada dikey entegrasyona ve üçüncü basamak hastanelerine en iyi örnek üniversite hastaneleridir.

Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği; dikey entegrasyona göre hastaneleri işlevlerine göre beş gruba ayırmaktadır:

İlçe /Belde hastaneleri: Sağlık bakanlığına bağlı bu hastanelerde acil servis, doğum servislerinin bulunduğu, yatışların yapıldığı, ambulans ile sevk hizmetlerinin yürütüldüğü, sağlık ekibiyle 24 saat bakım ve hizmet verilen hastanelerdir.

Gün hastanesi: Birden fazla alanda günlük teşhis ve tedavilerin yapıldığı, müşahade odalarının bulunduğu, hastane bünyesinde ya da bir hastanenin iş birliğiyle hizmet verilen kurumlardır.

Genel hastaneler: En az 50 yatakla hizmet verilebilen, her yaşta insana, her türlü sağlık hizmetinin verildiği hastanelerdir.

Özel dal hastaneleri: Yalnız belirli uzmanlık alanlarında ve farklı yaş gruplarına ve cinsiyete göre hizmet verilen farklı teşhis ve tedavilerin uygulandığı yerlerdir. Dallara göre hastane ve yatak sayıları tablo 7’ de gösterilmiştir.

Tablo 7. Dallara göre hastane ve yatak sayıları, 2018

Dallar	Hastane	Yatak
Genel Hastane	1423	212883
Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi	25	4826
Göz Hastalıkları Hastanesi	25	316
Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi	19	2904
Göğüs Hastalıkları Hastanesi	12	3569
Psikiyatri Hastanesi	11	3887
Çocuk Hastalıkları Hastanesi	4	1339
Kalp ve Damar Cerrahisi Hastanesi	4	599
Kemik Hastalıkları Hastanesi	3	436
Meslek Hastalıkları Hastanesi	2	246
Onkoloji Hastanesi	2	712
Ortopedi ve Travmatoloji Hastanesi	1	33
Lepre Hastanesi	1	34
Lösemili Çocuklar Hastanesi	1	75
Spastik Çocuklar Hastanesi ve Rehabilitasyon Merkezi	1	54
Toplam	1534	231913

(<https://www.saglik.gov.tr/TR,11588/istatistik-yilliklari.html>, 2020)

Eğitim ve araştırma hastaneleri:

Çeşitli eğitim faaliyetlerinin yapıldığı, uzman ve yan dal yapmak isteyen öğrencilerin yetiştirildiği aynı zamanda genel ve özel dal sağlık hizmeti verilebilen çok kompleksli ve faaliyet alanı oldukça geniş olan hastanelerdir (Ay, 2013); (Tengilimlioğlu, Akbolat, & Işık, 2015, s. 602); (Kavuncubaşı, 2013, s. 33-42).

3. HİZMET KALİTESİ VE SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE

3.1. Kalitenin Tanımı

Çok eski tarihlere uzanan kalite kavramı, yunan felsefesinde kusursuz bir üretim için tüm olanakların kullanılması ve mükemmellik esasına dayanan bir kavram olarak değerlendirilmiştir. Günümüzde kalite, müşterinin gereksinimlerinin ve beklentilerinin karşılanması hatta aşılması olarak ifade edilmektedir (Öznlbant, 2010, s. 127); (Fırat & Dirlik, 2007, s. 87-96).

Kalite, ürün ve hizmetin bir özelliğidir. Bu hizmeti değerlendiren kişinin bakış açısı, bu özellik hakkındaki kanaatini oluşturmaktadır. Kalitenin genel tanımlarına bakıldığında müşteri ihtiyaç ve beklentilerini karşılamayı hedeflenmektedir. Dinamik ve iyileştirilebilir özelliğinden dolayı, zaman içerisinde devamlı değişim ve dönüşüm göstermektedir. İş hayatında üretim ve hizmet sektöründe kalıcı olmak ancak, müşteri beklentilerinin karşılanması ve kaliteli hizmet vermekle mümkün olmaktadır.

Kalite kavramı pek çok araştırmacının ilgisini çekmiştir değişik açılardan farklı tanımlar geliştirilmiştir. Juran kaliteyi müşteriler tarafından kullanıma uygunluk olarak tanımlamıştır. Deming amaca uygunluk, Feigenbaum ise, en düşük maliyetle müşteri tatminin sağlanması olarak tanımlamışlardır (Kaya, 2013, s. 1-89).

Son yıllarda sağlık sektöründe hizmetin her alanda beklentileri karşılamaya yönelik olması, buna yönelik çabaları ve kalite kavramının önemini daha fazla artırmıştır (Ovayolu & Bahar, 2006, s. 104-108). Sağlık hizmetlerinde kalite kavramı, hizmete ulaşılabilirlik, eşitlik, iş verimliliği, devamlılık, iletişim, teknik olarak yeterli olma hali gibi faktörlere bağlıdır (Arpat, Şaşmaz, & Yürekli, 2014, s. 313-332).

3.2. Hizmet Kalitesi Kavramı

Pek çok araştırmacı, literatür olarak hizmet kalitesi teorisinin müşteri memnuniyeti ve ürün kalitesi olduğunu öne sürmektedir. Robledo (2001, s. 22-31), yaptığı çalışmada Zeithaml'ın algılanan hizmet kalitesini genel hizmet mükemmelliğinden gelen, bir müşteri değerlendirmesi olarak tanımladığını bildirmiştir (Harvey, 1998, s. 583-597), hizmet kalitesini geliştirmek için, farklı teknikler uygulanması gerektiğini ve müşteri beklenti ve algılarının hizmet kalitesini değerlendirmede önemli olduğunu belirtmiştir.

Ghobadian, Speller, & Jones (1994, s. 43-66), algılanan hizmetin, müşterilerin hizmetin kalitesine gösterdikleri sezgiler olduğunu ve müşteri memnuniyet düzeyini büyük ölçüde etkilediğini belirtmektedir. Tüketiciler için, hizmet kalitesini değerlendirmek, fiziksel bir malın kalitesini değerlendirmekten çok daha güçtür. Hizmetin kalitesi tüketicilerin beklentileri ile hizmet algılamalarının sonucu ortaya çıkmaktadır. Müşteriler hizmet kalitesini sunum sürecinde de değerlendirmektedirler. O yüzden hizmet pazarlamasında kalıcı olmak ancak, rakiplerden farklı olarak ve sürekli yeniliğe açık olarak sağlanması mümkün olmaktadır (Mucuk, 1998).

Hizmet kalitesi müşteri memnuniyeti ve sadakati üzerinde doğrudan ve güçlü bir etkiye sahiptir. Müşteri memnuniyeti pazarlama araştırmalarında kilit faktör ve üzerine en çok düşünülen unsurdur. Şirketlerin daha fazla kar elde etmek için, yüksek hizmet kalitesinin karlılık oranı, yüksek pazar payı, müşteri sadakati, satın alma ihtimali gibi kurumsal sonuçlara etkisi vardır. Dolayısıyla hizmet kalitesinin şirketin performansı üzerinde dolaylı bir etkisi vardır. Şirketler için müşterilerin neye ihtiyaç duyduklarının neyi isteyip, algıladıklarını bilmeleri çok önemlidir. Müşteri memnuniyeti beklenen hizmet seviyesini ve sunulan hizmet seviyesini karşılaştıran tüketicilerin deneyimlerinden gelecektir. Bu ilişki de algının müşteri memnuniyeti üzerinde doğrudan bir etkisi vardır, ancak beklentinin müşteri memnuniyeti üzerinde doğrudan bir etkisi yoktur. Yöneticilerin zayıflıkları tespit ederek kalitedeki iyileştirmeyi planlamayı düşünmesi, verimliliği, karlılığı ve genel performansı iyileştirmesi gerekmektedir. Çünkü müşteri perspektifini ölçmenin en iyi yolu hizmet kalitesi göstergeleridir. Son 10 yılda yapılan çalışmalar hizmet kalitesi ölçümünün müşteri perspektifini ölçmede önemli olduğunu göstermektedir (Ghotbabadi, Baharun, & Feiz, 2012).

Hizmet kalitesi kavramına yeni anlamlar yükleyerek bir model geliştiren Parasuraman ve arkadaşları, hizmet sunumu sırasında müşterilerin hizmetten beklentileri ile hizmetin performansına göre algılanan hizmet kalitesi olduğunu belirtmişlerdir. Müşteri beklentileri ve hizmete yönelik algılarının kıyasına yönelik bu yaklaşımda beklenen hizmet, algılanan hizmetten yüksek olursa algılanan kalite tatmini 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. Tüketici algısının, hizmete yönelik beklentisi ile hizmet performansı arasındaki karşılaştırma sonucu ortaya çıkmaktadır. Hizmetin kalitesini değerlendirmek, hizmet sunumu sırasında yapılabilir (Parasuraman, Berry, & Zeithaml, 1985, s. 41-50).

Günümüzde işletmelerin küreselleşmeye başlamasıyla hizmet sektörünün hızla gelişmeye başlaması, geniş pazar ağına ulaşmaları, insanların bir ürünü alırken bilinçli olarak kaliteli ürünleri tercih etmeleri, rekabeti artırmıştır. İşletmeler var olmak için kalite kavramının önemini anlamışlardır. Buna yönelik hedefler belirleyerek yeni stratejiler geliştirmektedirler.

3.2.1. Hizmet Kalitesinin Boyutları

Hizmet kalitesinin değerlendirilmesi ancak, olgunun anlaşılmasıyla ve somut hale gelmesi ve bileşenlere ayırmakla mümkün olmaktadır (Öztürk, 2019, s. 244).

Hizmet kalitesinin boyutları hakkında en çok bilinen model ve yazarların görüşleri Tablo 8’de gösterilmiştir.

Tablo 8. Hizmet kalitesinin boyutlarına yönelik çalışmalar

Yazarlar	Boyutlar
Gronroos (1983)	Teknik kalite, Fonksiyonel kalite, Firma imajı
Sasser, Olsen ve Wykoff (1978)	a) Üretimde kullanılan materyallerin niteliği b) Fiziksel ve teknik olanaklar c) Personelin tutum ve davranışları
(Parasuraman, Berry, & Zeithaml, 1985, s. 41-50)	a) Fiziksel özellikler, b) Güvenilirlik, c) Heveslilik, d) Yetkinlik, e) Ulaşılabilirlik f) Nezaket, g) İletişim, h) İnanılabilirlik, i) Güvenlik j) Empati
Lehtinen (1983)	1. Üç boyutlu yaklaşım a. Fiziksel kalite b. Etkileşim kalitesi c. Şirket kalitesi. 2. İki boyutlu yaklaşım a. Süreç kalitesi b. Çıktı kalitesi
Normann (1988)	Hizmet Paketinin Özellikleri a.) Değişir özellikler b.) Değişmez özellikler

Kaynak: (Uyguç, 1998); (Merter, 2006).

Hizmet kalitesinin boyutlarına ilişkin yaklaşımlardan ilki, algılanan hizmet kalitesine yönelik Grönroos'un geliştirdiği modeldir. Bu modele göre bir hizmetin toplam kalitesini etkileyen üç önemli boyut olduğu, bunların teknik kalite, fonksiyonel kalite ve firma imajı olduğu şeklindedir (Grönroos, 1984, s. 36-44). Sonra Parasuraman, Berry, & Zeithaml (1985, s. 41-50) kapsamlı bir araştırmanın sonucu olarak on hizmet bileşeninden oluşan ServQual hizmet modelini geliştirmişlerdir. Modelde yer alan boyutlar aşağıda sıralanmaktadır:

1. Fiziksel Özellikler (Tangibles): Hizmet sunmak için kullanılan fiziksel olanakları, tesisler, araç gereç ve personelin görünüşüdür. Örneğin kredi kartı ve banka cüzdanı gibi. Hizmet kalitesinde somut özellikler en az öneme sahip boyuttur (Zeithaml, Parasuraman, & Berry, 1990); (Öztürk, 2019, s. 244); (Devebakan & Aksaraylı, 2003).

2. Güvenilirlik (Reliability): Vaat edilen hizmeti zamanında doğru ve güvenilir bir şekilde yerine getirebilmeyi ifade eder. Güvenilirlik, hizmet kalitesinin en önemli boyutudur.

Performansta tutarlılık, firmanın ilk anda sözünü tutması anlamında kullanılmaktadır. Fiyatta vaatleri yerine getirebilme, doğru faturalama, kayıtların doğru tutulması ve hizmetin belirtilen zamanda yapılması gibi faktörleri içine almaktadır (Öztürk, 2019, s. 244); (Zeithaml, Parasuraman, & Berry, 1990).

3. Heveslilik (Responsiveness): Müşterilere yardım etmek ve hizmetin gerektiğinde hızlı bir şekilde verilebilmesi olarak belirtilmiştir (Devebakan & Aksaraylı, 2003) Çalışanların hizmet konusunda hazır ve istekli oluşunu hizmetin zamanında verilmesini açıklamaktadır.

4. Güvenlik (Security): Çalışanların müşterileri rahat ve güvende hissettirmelerini sağlamasıdır. Tehlike, risk ve şüphe durumunun olmamasıdır. Bunun için, çalışanların bilgili ve nazik olmaları gerekmektedir. Aynı zamanda fiziksel güvenliği, finansal güvenliği ve müşteri mahremiyeti konularını içine almaktadır (Öztürk, 2019, s. 244); (Öncü, Kutukızı, & Koçoğlu, 2010).

5. Nezaket (Courtesy): Müşterilerle ilişkide bulunan kişinin kibarlığını, müşteri ile nazik konuşmasını, saygılı ve samimi davranmasını içermektedir. Örneğin, personelin üslubu, müşteriye iyi karşılaması örnek olarak verilmektedir.

6. Yeterlilik (Competence): Hizmeti yerine getirmek için gereken bilgi ve yeteneğe sahip olma anlamına gelmektedir. Müşteriyle yüz yüze iletişimde personelin bilgi ve becerisi yeterlilik ölçüsüdür.

7. Empati (Empathy): Şirketin kendisini, müşterinin yerine koyabilmesi, müşterilere karşı kişisel ilgi gösterilerek, tek tek ilgilenilmesidir. Müşteri gereksinimlerinin doğru şekilde anlaşılmasını içermektedir (Devebakan & Aksaraylı, 2003).

8. Ulaşılabilirlik (Access): Hizmete yakınlığı en kısa sürede ulaşabilmeyi ve personelin müşteri ile kolay ilişki kurabilmesini ifade etmektedir. Hizmete telefonla rahat ulaşabilmek, hizmet sunumunda çok beklenilmemesi iş saatlerinin uygun olmasını içermektedir (Öztürk, 2019); (Öncü, Kutukızı, & Koçoğlu, 2010).

9. İletişim (Communication): Müşterinin verilen hizmet hakkında anlayabileceği bir dilde doğru şekilde bilgilendirilmesidir İşletmenin dili, farklı müşteriler için farklılaşabilmelidir. Örneğin eğitilmiş bir müşteriye daha terimli bir dil kullanılırken, eğitimsiz bir müşteriye daha anlaşılır ve sade bir dil kullanılmaktadır.

10. İnanılrlık (Credibility): Hizmeti sunan kişinin inanılrlığı, güvenilirliği, dürüstlüğü, müşterinin çıkarlarını gözetmesidir. Şirketin ismi ve prestiji de inanılrlık için önemlidir (Öztürk, 2019); (Öncü, Kutukızı, & Koçoğlu, 2010).

Parasuraman, Berry, & Zeithaml (1985, s. 41-50) sonra yaptıkları kapsamlı bir araştırmanın sonucunda hizmet kalitesinin ölçümünü, değişik pazarlar için genelleştirilebilecek beş boyuta indirgemişlerdir. Bunlar; fiziksel özellikler, güvenilirlik, heveslilik, güvence ve empati boyutlarıdır. Bu beş boyut diğer bölümlerde daha ayrıntılı açıklanacaktır. Hizmet kalitesinin on temel boyutu ve Servqual boyutları arasındaki ilişki Tablo 9’ da gösterilmiştir.

Tablo 9. Hizmet Kalitesinin 10 Temel Boyutu

		ServQual BOYUTLARI				
		Somut Değerler	Güvenilirlik	Heveslilik	Güvence	Empati
HİZMET KALİTESİNİN ON TEMEL BOYUTU	Somut Değerler					
	Güvenilirlik					
	Heveslilik					
	Yetkinlik					
	Nezaket					
	İtibar					
	Güvenlik					
	Erişilebilirlik					
	İletişim					
	Müşteriyi anlama					

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

3.3. Hizmet Kalitesinin Ölçümünde Kullanılan Modeller

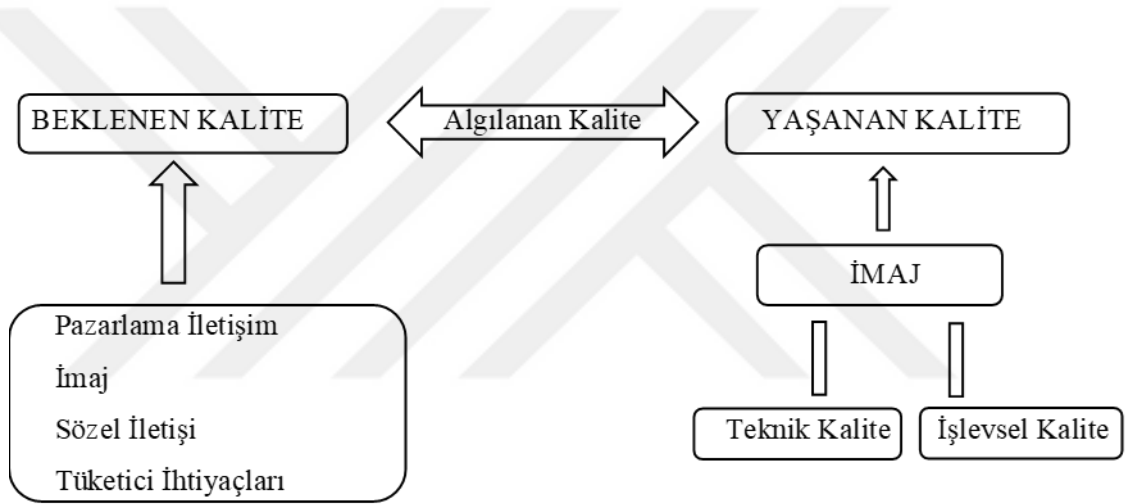
Hizmet kalitesinin ölçülmesi daha kaliteli hizmet verebilmek için gerekmektedir. İşletmeler mevcut hizmeti geliştirmek için kalite düzeyi hakkında doğru bilgiler edinerek buna yönelik stratejiler geliştirmektedirler. Hizmet kalitesine yönelik farklı bakış açılarının olması müşteri memnuniyetinin ölçümüne dair pek çok farklı modellerin geliştirilmesini sağlamıştır (Eleren, Çetin, & Görmüş, 2007). Genel kabul gören en önemli çalışmalara aşağıda yer verilmiştir.

3.3.1. Grönroos'un Algılanan Hizmet Kalitesi Modeli

Hizmet kalitesinin boyutlarını araştıran ve hizmet kalitesini çeşitli bileşenlere ayırarak somut hale getiren Grönroos (1984), hizmet kalitesi modelini, tüketicilerin hizmet kalitesini nasıl algıladıkları sorusuna cevaplar arayarak başlamıştır. Sorunun cevabının hizmet kalitesi bileşenlerini ortaya çıkaracağını, oluşturulacak hizmet yönelimli kavramların ve modellerin daha başarılı sonuçlar vereceğini belirtmiştir.

Grönroos geliştirdiği modelle hizmet kalitesinin tüketiciler tarafından nasıl algılandığını, müşterilerin hizmet alımında, beklentileri ile yaşadıklarını karşılaştırmıştır. Hizmetin kalitesini teknik kalite, işlevsel kalite ve firma imajı olarak belirlediği üç bileşen de toplamıştır. Teknik kalite ile tüketicilerin alıcı-satıcı ilişkisi sonucunda “ne” aldığını; fonksiyonel kalite ile “nasıl” aldığını göstermek istemiştir (Dalgıç, 2013). Verilen hizmetin sonunda kullanıcının ya da tüketicinin ne aldığı teknik kaliteyi, bu hizmeti nasıl aldığı da fonksiyonel kaliteyi tanımlamaktadır. İmaj ise teknik kalite ve fonksiyonel kaliteye bağlı olarak oluşmaktadır. Aslında imaj kalitesi algılanan hizmet kalitesidir (Gülbüz & Ergülen, 2006).

Şekil 3’ de Hizmet kalitesi modeli gösterilmiştir.



Şekil 2. Hizmet kalitesi modeli (Grönroos, 1984).

Fonksiyonel kalite; hizmetin teknik anlamdaki çıktısının nasıl elde edildiği ile ilgilidir ve kişinin edindiği hizmet hakkındaki fikrini etkilemektedir (İkiz, 2010, s. 11). Grönroos (1984), müşterinin üretim süreci sonucu ne elde ettiğinin yanında bu sürecin tamamıyla da ilgilendiğini, algılanan hizmetle beklenen hizmet farkının bize algılanan hizmet kalitesini vereceğini belirtmiştir.

Firma imajı ise, müşterilerin hizmet üreten işletmeleri nasıl algıladıklarının bir sonucudur. (Uyguç, 1998, s. 38). İşletmelerin sunduğu hizmete göre teknik ve fonksiyonel kalitesi sonucunda marka imajı oluşur. İmajı etkileyen pek çok faktör vardır. Geleneksel pazarlama yöntemleri, reklam, fiyat, halkla ilişkiler ve ağızdan

ağıza iletişim gibi yöntemler, organizasyon imajını tanıtmada etkili yöntemlerdir ve tüketici beklentileri üzerinde önemli bir etkiye sahiptir.

İmaj, tüketicinin kaliteyi algılamasında bir süzgeç olarak görülebilir (Grönroos, 1984, s. 39-40) ; (Kang & Jeffrey, 2004, s. 267). Müşterilerin firmayı ve faaliyetlerini aldıkları hizmete göre kalite algısı şekillenmektedir. Müşterilerin zihninde hizmet sunucusu başarılı ise ve olumlu bir imaja sahip ise, ufak hatalar unutulacaktır. Fakat tekrarlanan hatalarda işletmenin imajı negatif olarak olumsuz etkilenecektir. Bu durumun etkisi işletmenin diğer hatalarından çok daha ağır olacaktır.

Araştırmalar, işlevsel kalitenin yüksek olmasının teknik kalitedeki performans düşüklüğünü telafi edebildiğini göstermiştir. Örneğin müşteriyle sağlıklı ve olumlu ilişkide bulunan personelin tutumu teknik kalitedeki bazı aksaklıkların hoş görülerek göz yumulabileceğini göstermiştir. Bir hizmetin teknik kalitesinin yeterli fakat işlevsel kalitesinin yetersiz seviyede olması durumunda teknik performansın müşteriye memnun etme düzeyinden bağımsız olarak müşteri de memnuniyetsizlik hâkim olacaktır (Öztürk, 2019, s. 185).

3.3.2. ServQual Hizmet Kalitesi Modeli

Parasuraman Zeithaml ve Berry, hizmet kalitesi kavramına genel bir bakış açısı getirebilmek için, bir dizi araştırmalar yaparak yeni bir model geliştirmişlerdir. Amerika’da geliştirdikleri ServQual yönteminin her sektöre uygulanabilir olduğunu yapmış oldukları çalışmalara dayandırmışlardır (Parasuraman, Zeithaml, & Berry, 1998). Araştırmacılara göre mevcut hizmet kalitesi literatüründe müşterilerin hizmet kalitesini nasıl değerlendirdiği, değerlendirmede kullandıkları boyutların hangileri olduğu, boyutların farklı müşteri grupları için değişip değişmediği ve müşterilerin beklentilerini etkileyen faktörlerin neler olduğu konusunda tatmin edici bilgiler bulunmamaktadır (Zeithaml, Parasuraman, & Berry, 1990). Yeni bir model geliştirebilmek için, hizmet sektörü yöneticileri ve müşterileri kapsayan araştırmalar yapmışlardır. Müşterilerle odak grup görüşmeleri ve yöneticilerle derin görüşmeler yaparak gerekli verileri toplamışlardır. Farklı sektörleri içine alan araştırmalar sonucunda hizmet kalitesi tanımlanmış, boyutları saptanmış ve müşterilerin beklentilerini etkileyen faktörler sıralanmıştır.

Fark analizi ve boşluk modeli olarak da adlandırılan modelde müşterilerin algıladığı hizmet kalitesinin müşteri beklentileri ile algıları arasındaki farklılık ölçüsü olduğu hizmeti sunan ve hizmeti alan iki tarafın da göz önüne alınarak oluşturulduğu bir hizmet kalitesi modeli tanımı yapılmıştır. Müşteri beklentilerini etkileyen faktörleri:

- Kişisel ihtiyaçlar,
- Geçmiş tecrübeler,
- Sözlü iletişim,
- Kulaktan kulağa haberleşme,
- Dışsal iletişim olarak saptamışlardır.

Böylece yönetici görüşmeleri sonucunda ortaya çıkan genel fikirler, hizmet kalitesine yönelik genel bir model geliştirilmesine ve Kavramsal Hizmet Kalitesi Model'inin oluşturulmasına kaynaklık etmiştir. Beklenen hizmet ile algılanan hizmet arasındaki ilişki şu şekildedir:

Beklenen hizmet > Algılanan hizmet =Düşük hizmet

Beklenen hizmet = Algılanan hizmet =Doğru hizmet

Beklenen hizmet <Algılanan hizmet =Yüksek kalite

Yukarıda ki düşük kalitenin anlamı, algılanan kalite tatmin edici değildir. Bu durumda müşteri memnuniyetsizliği ortaya çıkacaktır. Kabul edilemez bir kalite düzeyi oluşacaktır. Beklenen hizmet ile algılanan hizmetin eşit olması, beklentiler ile algılanan hizmet tatmin edici düzeydedir. Yüksek kalite göstergesinde algılanan hizmetin tatmin derecesi beklentinin üzerindedir ve yüksektir. Bu durumda ideal kalite düzeyi oluşacaktır (Parasuraman, Berry, & Zeithaml, 1985, s. 48-49).

Araştırmacılar, hizmet sunan işletmelerin kalite anlayışları ile uygulamaları arasında, müşterilerin hizmet beklentileri ile aldıkları hizmet arasında bazı boşluklar (gap-farklılık) tespit etmişlerdir. Farkların yönü ve büyüklüğü hizmet kalitesini tanımlamaktadır. Hizmet kalitesi problemlerinin varlığını gösteren beş fark (boşluk) bulunmaktadır (Parasuraman, Berry, & Zeithaml, 1985, s. 41-50); (Uyguç, 1998); (Öznalbant, 2010); (Öztürk, 2019) ; (Gözlü, 1994).

Boşluk 1: Müşteri beklentileri ve hizmet yöneticilerin bu beklentileri algılamaları arasındaki fark oluşan boşluktur. Kısaca tüketici beklentileri ile yöneticilerin bu beklentileri algılayışları arasındaki farklılıktır.

Müşterilerin isteklerini algılamak ve buna göre hizmet verebilmek için, tepe yönetimin sürekli araştırma yaparak, işletmedeki yatay dikey etkileşim ve müşterilerle etkileşim süreçleri değerlendirilerek saha araştırmalarına gereken önem verilmelidir.

Boşluk 2: Hizmet yönetiminin müşteri beklentilerinin algılamaları ile hizmet kalitesi standartları arasında oluşan boşluktur. Bu uçurumu ortadan kaldırmak için, müşterilerin hizmet beklentilerini, sayısal ve nitelik hizmet amaçları olarak hizmet standartlarına dönüştürmek gereklidir.

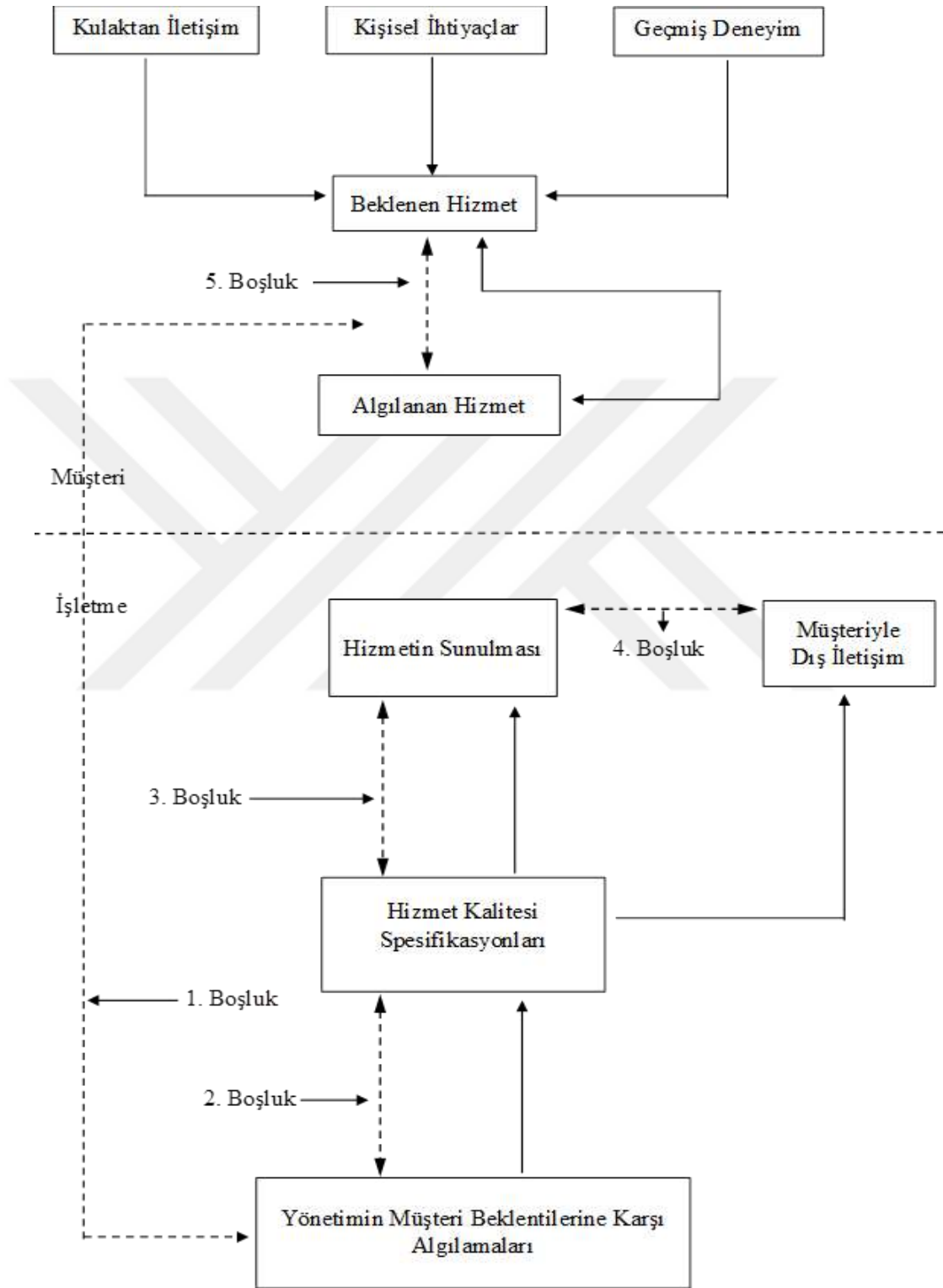
Boşluk 3: Hizmet sunumu ile hizmet kalitesi standartları arasındaki boşluktur. Eğer hizmet standartları uygulanamıyor, çalışanlar bu kuralları hayata geçiremiyor ise, hizmet ulaştırmada boşluk söz konusudur. Çalışanların iş motivasyonu sağlanarak sürece gönüllü katılımları sağlanmalı, müşteriye bakış açıları, üst yönetim ile çalışanların iletişimi, fiziki çevre, eğitim çalışmaları, rollerin belirgin olması bu konuda yönetime yardımcı olacaktır.

Boşluk 4: Hizmet sunumu ile müşterinin hizmeti almadan önce ki bildikleri dış çevreden öğrendikleri ile ilgili boşluktur. Söz gelişi işletmelerin reklam faaliyetlerinin firmanın gerçek faaliyetlerini yansıtmalıdır. Aksi durumlarda müşteriler farklı hizmete aldıklarında algılamaları olumsuz yönde etkilenebilir. Hizmetin sınırları iyi bilinmeli gereksiz vaatlerden kaçınılmalıdır.

Boşluk 5: Beklenen hizmet ile algılanan hizmet arasındaki farktan oluşan boşluktur. İlk dört maddenin bir fonksiyonudur. ServQual modeli beşinci boşluğun sayısal olarak ifade edilmesi olarak oluşturulmuştur. Hizmet kalitesini artırmak isteyen işletmeler, bu farkların nedenlerini sağlıklı değerlendirerek, gerekli düzenlemeleri yapmalıdırlar. Süreç iyi yönetilmeli, müşterilerin ne istediği bilinmeli, gerekli planlamalar yapılarak sistem kontrolü sağlanmalıdır.

ServQual boşluk analizi modeli, müşteri beklentileri ile işletmenin sundukları arasındaki potansiyel problemleri açıkça ortaya koymaktadır. Model, yöneticilerin hizmeti, bir dizi faaliyet yerine bir süreç olarak görmelerini sağlamaktadır. Eğer

müşteri beklentileri ile performans paralel değil ise bu boşluk tatminsizliğe neden olmaktadır (Zikmund, Raymond, & Faye, 2003, s. 156).



Şekil 3. Hizmet kalitesi fark modeli (Parasuraman, Berry, & Zeithaml, 1985, s. 41-50).

Şekil 3’de görüldüğü üzere model iki kısımdan oluşmaktadır. Hizmeti alıcılarının yer aldığı birinci kısım ve hizmet sağlayıcılarının yer aldığı ikinci kısımdan oluşmaktadır. Bu model, hizmet pazarlamasını ve hizmet kalitesini geliştirmek isteyen hizmet sektörü için bir çerçeve çizmektedir. Hizmet kalitesini artırmak isteyen işletmelerin tüm yöneticilerine mesajlar sunar.

3.3.3. ServPerf Hizmet Kalitesi Modeli

Cronin ve Taylor (1992), ServQual modelinin hizmet kalitesini ölçmek için yeterli olmadığını savunarak Servperf modelini geliştirmişlerdir. Bu modelde Servqual ölçeğini oluşturan 22 soruyu ve ServQual ölçeğindeki 5 boyutu kullanmışlardır. Hizmet kalitesinin performansın (algılamaların) bir fonksiyonu olduğunu, hizmet kalitesinin işletme performansına bağlı olduğunu ve bunu tüketicilerin algıladıkları değerler olarak tanımlamışlardır. Servqual ölçeğinde bulunan beklenti ve algı arasındaki fark yerine sadece işletme performansı ya da müşterinin hizmet algısının kalite değerlendirmesi için yeterli olacağını belirterek, performansa dayalı ölçüm modeli olarak Servperf hizmet kalitesi ölçüm modelini geliştirmişlerdir (Cronin & Taylor, 1992).

3.4. Sağlık Hizmetlerinde Kalite

Kalite kavramı, günümüzde sağlık kurumlarının güncel temel kavramlarından biridir. Sağlık kurumlarında gereksiz zaman kaybı yaşanması, beklenen hizmeti alamadıklarında yaşadıkları hayal kırıklığı, gereksiz maliyet ile karşı karşıya kaldıklarında kalitenin önemi daha fazla artmaktadır (Kaya, 2013, s. 1-89). Sağlık hizmetlerinde kalite, hastaların uygun tanı ve tedavilerinin uluslararası standartlara uygun olarak tıbbi bakım ve tedavilerinin yapılması, hizmet süreci boyunca ihtiyaç ve beklentilere yönelik hizmet verilmesidir (Tengilimoğlu, 2011, s. 440). Sağlık hizmetlerinden beklenti daha kaliteli ve ucuz hizmet alabilmektir. Buna yönelik sağlık hizmeti sunan kuruluşlar arasında artan rekabet, tüketici baskıları, teknolojik gelişmeler, yasal düzenlemeler ve tüketici baskısı nedeniyle kuruluşlar yüksek kalitede hizmet verebilmek için kendilerini geliştirmektedirler (Kaya, 2013, s. 1-89). Ülkemizde Sağlıkta Dönüşüm programıyla beraber büyük atılımlar yapılarak kalite

standartları başta kamu hastaneleri olmak üzere tüm sağlık kurumlarının ayrılmaz bir parçası haline gelmiştir (Gürbüz F. , 2014, s. 103).

Sağlıkta Kalite Standartları (SKS)’nın ana hedefleri; etkin hasta ve çalışan memnuniyeti için hasta güvenliğinin sağlanarak, sağlık kuruluşları verimli bir şekilde hizmet etmektedir. SKS kapsamında yönetim tarafından benimsenmiş uygulanabilir olması sağlık tesisinin başarısını göstermektedir (Küçük, 2010).

Sağlık hizmetinde kalite kavramı uluslararası geçerliliği olan göstergelerdeki standartlara uygun tanı, tedavi ve bakım hizmetlerinin yanında, tüm hizmet aşamalarında hastaların beklenti ve ihtiyaçlarının tam olarak karşılanmasıdır (Zorlutuna, 1997, s. 185).

Sağlıkta kaliteli hizmet, belirtilen standartlarda bakım vermek, hastaların ve sağlık personelinin hizmet değerlendirilmesini içeren ve planlamasını yaptığı, karar aşamasında eşit olanaklara sahip olmaları, hastaların can güvenliğine öncelik verilerek sağlık güvenliğini sağlamak şeklindedir (Benli, 2007).

Kavuncubaşı (2000, s. 558), Sağlık hizmetlerinde kalitenin, hizmetlerin hem bilimsel norm ve standartlara, hem de bireylerin beklentilerine uygun olarak sunulması anlamına geldiğini belirtmiştir.

Sağlık hizmetlerinde kalite anlayışını şekillendiren bir lider olan Donabedian, sağlık hizmetlerinde kaliteyi, hizmetin sunumu sürecinde kurumu oluşturan birimlerin ortaya koyduğu fayda ve zarar dengelerinin sonucuna göre varılan maksimum iyileşme beklentisi olarak tanımlamıştır (Tengilimlioğlu, Akbolat, & Işık, 2015, s. 602). Dünya da en çok kabul gören tanım 1984 yılında Amerikan Tabipler Birliği (American Medical Association) tarafından sağlık hizmetlerinin bireyin ve toplumun “Yaşam kalitesi süresini iyileştirmeye veya sürdürmeye sürekli olarak katkıda bulunan hizmet” olarak tanımlamıştır (Kaya, 2013, s. 1-89). Tanımlama da devamlılık içeren uygun hasta sonuçlarıyla ilgili olan hizmeti nitelendirmektedir. Yüksek kaliteli hizmeti belirlemede önemli öğeler olduğu, bunların hastanın tıbbi sonuçlarıyla ilişkisi olduğu belirtilmiştir.

Hastanın psikolojik durumunda, fiziksel fonksiyonunda, ruhsal ve zihinsel performansında ve rahatlığında mümkün olan en kısa sürede azami iyileşme sağlanması gerekmektedir. Sağlık hizmetleri, tıp biliminin kabul edilmiş prensiplerine ve uygun

teknolojik ve profesyonel kaynakların verimli kullanımına dayanmalıdır. Böylece kaliteli hizmet verilebileceği ifade edilmektedir Sağlık hizmetlerinde kalitenin amacı; doğru hizmetin; uygun zamanda, düşük maliyetle verilebilmesidir (Kaya, 2013, s. 1-89); (Kibar, 2014, s. 101).

Kalitenin sağlık hizmetlerinde giderek öneminin artmasının sebeplerini aşağıda maddeler halinde yer verilmektedir:

- Tıp alanında yaşanan teknolojik değişimler,
- Kitle iletişim araçlarının yaygın olması,
- Sağlık hizmetlerinin yaygınlaşması, tıbbi tanı ve tedavilerin gelişmesi ve sağlık göstergelerindeki olumlu değişen gösterge düzeyleri,
- Hasta haklarının yaygınlaşması,
- Hekim hatalarının tartışmaya açılması ve hukuken tazminat davalarının artması,
- Kişilerin ve toplumun giderek sağlık konusunda bilinçli hale gelmesi, sağlığına daha çok önem vermesi,
- Kendilerine verilen tedaviyle ilgili fikir beyan edebilmeleri ve sunulan hizmetin kalitesiyle ilgili görüş bildirmeleri olarak sıralanabilir (Solmaz, 2006).

Kaliteli sağlık hizmeti, doğru kişiye, doğru zamanda, en iyi metodu kullanarak en iyi sonucu almaktır. Sağlık hizmeti verilirken yaklaşım olarak hareket noktaları:

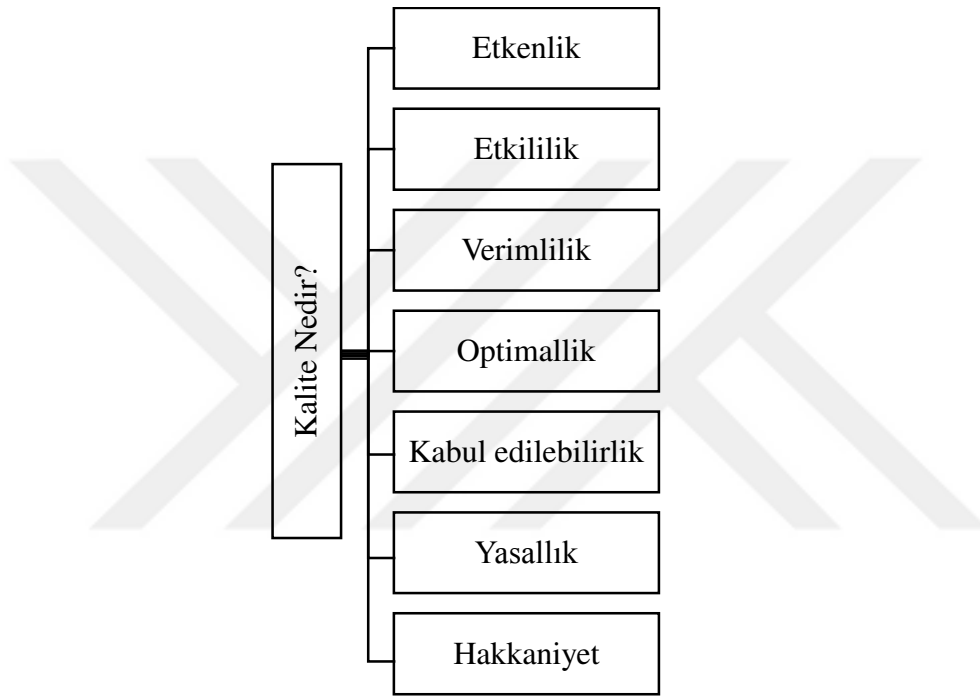
Hasta kalitesi: Sağlık sunumu süresince ve sonrasında hastaların algıladıkları ve bekledikleri hizmetin verilmesidir.

Yönetim kalitesi: Hasta hak ve hukukunu gözeterek, ihtiyaçlarına yönelik hasta kalitesine önem verilerek, profesyonel kaliteyi israf etmeden uygun kaynaklar kullanılarak verilmesidir.

Profesyonel kalite: Hastaların klinik şikâyetlerine yönelik, sağlık personellerinin tarafından belirlenen yöntemle verilen hizmet sürecidir (Tengilimlioğlu, Akbolat, & Işık, 2015).

3.4.1. Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Özellikleri

Donabedian (2003), sağlık hizmetlerinde kalitenin açıklanmasının zor bir kavram olduğu, sağlık hizmetlerinin hasta memnuniyeti için kaliteli olup olmadığını ortaya koyan yedi özelliği bulunduğunu ortaya koymuştur. Donabedian'a göre sağlık hizmetlerinde kalitenin özellikleri aşağıda gösterilmektedir.



Şekil 4. Kalitenin özellikleri (Donabedian, 2003)

Etkenlik (Efficacy): Etkenlik araştırma, deneyim ve profesyonel fikir birliğinin bir ürünü olarak hizmet sunumunun potansiyelini, mevcut teknoloji ve bilimsel bilgi çerçevesinde belirlemektir. Etkenlikte amaç, önceden belirlenen bir standart aracılığıyla uygulanan işlemin gerçekleşmesinden sonra karşılaştırılması ile değerlendirmektir. Buna göre bilim ve teknoloji sağlıkta iyileştirmeleri gerektirmektedir.

Etkililik (Effectiveness): Hastaların sağlıkta ulaşılabilir olan iyileştirme düzeyine somut olarak ulaşabilmesidir. Eğer verilen sağlık hizmeti hastanın iyileşmesini sağlamış ise, etkili hizmet verdiği söylenebilir (Kavuncubaşı, 2000).

Verimlilik (Efficiency): Sağlıkta düşük maliyetle istenilen düzeyde hizmet verilebiliyor ve aynı derece deki hizmetlere kıyasla yapılabilir ise verimlilikten söz edilebilir. Maliyetin azalması verimliliği göstermez. Önemli olan az maliyetle iyileştirmenin yapılabilmesidir (Donabedian, 1990).

Optimallik (Optimality): Sağlık hizmetlerinde yapılan iyileştirmelerin bu iyileştirmelere yönelik maliyet politikasının dengede olmasıdır. Maliyet ile fayda arasında optimum düzeyde bir seviye bulunmaktadır. Bu seviyenin altındaki faydalara göre düşük maliyetle daha fazla yarar sağlanabilir. Üstünde ise, faydalara göre çok fazla maliyetle ek yararlar sağlamak mümkündür (Kaya, 2005, s. 5-12) ; (Burçoğlu, 2014).

Kabul Edilebilirlik (Acceptability): Hasta kişilerin ailelerinin arzu ve isteklerine, beklentilerine uygunluk anlamına gelmektedir. Kabul edilebilirlik beş öğeden oluşmaktadır.

- Hastaların hizmete kolay ulaşabilmesi, erişilebilirlik,
- Hasta ve hizmet sunucusu ilişkisi,
- Hizmetin rahat ve güven sağlayan yönleri,
- Hastalara hizmetin etkileri,
- Riskleri ve maliyeti ile ilgili seçimleri ve hastaların adil ve hakkaniyetli olarak düşündükleri (Kaya, 2013, s. 1-89).

Yasallık (Legitimacy): Yasallık sağlık hizmetlerinin toplum tarafından benimsenmesi ve sosyal olarak kabul edilebilirliktir (Kavuncubaşı, 2000).

Hakkaniyet: Sağlık hizmetinin ulaştırılmasında prensip olarak tüm bireylere doğru ve adil bir şekilde eşit olarak verilmesidir. Bireyler arasında herhangi bir şekilde ayrımcılık yapılmaması ve verilen hizmet sonucu alınan faydanın herkes için eşit olması demektir ((Donabedian, 2003); (Yıldırım, 2014).

Sağlık hizmetleri kalitesinin özellikleri ayrı ayrı ya da farklı kombinasyonlarıyla alındıklarında, kalitenin farklı boyutlarını tanımlar ve etkili bir biçimde ölçüldüklerinde, kalitenin derecesini gösterirler (Kibar, 2014, s. 101).

3.4.2. Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Boyutları

Sağlık hizmetlerinde kaliteli hizmet verebilmek ancak, sağlık hizmetlerinde kaliteyi oluşturan etmenlerin bilinmesi ve kalite boyutlarının açıklanmasıyla mümkün olmaktadır. Sağlık hizmetlerinde kalite olgusu aynı zamanda kalitenin nasıl ele alınıp ölçüleceği konusu ile iç içe geçmiş durumdadır. Dolayısıyla sağlık hizmetlerinde kalitenin ortaya konulması aynı zamanda kalitenin tek tek hangi boyutlardan oluştuğunun ifade edilmesi olarak da karşımıza çıkmaktadır.

Donabedian (1980), sağlık hizmetlerindeki kalite ölçümüyle ilgili çalışmasında; kalitenin üç boyutu olduğunu belirtmiştir. Bu boyutları, teknik boyut, kişilerarası ilişkiler ve hizmet verilen tesisin konforu olarak açıklamıştır.

Maxwell ise kaliteyi oluşturan boyutları (Maxwell, 1992, s. 172) etkililik, kabul edilebilirlik, hakkaniyet, verimlilik, erişilebilirlik, uygunluk olarak açıklamıştır. Maxwell'in ele aldığı boyutlarda, Donabedian'in tanımladığı boyutlara ek olarak uygunluk boyutu varken, güvenlik boyutu dikkate alınmamıştır. Başka çalışmasında ise kaliteyi, hizmet ortamında sunulan imkânlar, standartlara uygunluk, zamanlılık, insan faktörü ve davranışsal özellikler olarak dört boyutta incelemiştir (Turner, Sharon, Douglas, Snipes, & Butler, 1998, s. 20).

Ovretveit, (1998), Sağlık hizmetlerinde kalitenin üç boyutu bulunduğunu ve bunların müşteri kalitesi, profesyonel kalite ve yönetim kalitesi olduğunu ifade etmiştir.

Müşteri Kalitesi: Hizmetten doğrudan yararlanan müşteriler ve onlara bakanların, hizmetin kendilerine istedikleri ve bekledikleri şeyleri verme derecesi hakkındaki kanaat ve düşünceleridir.

Profesyonel Kalite: Hizmetlerin, profesyonel hizmet sunucuları ile sevk edenler tarafından belirlenen müşteri ihtiyaçlarını karşılama derecesi ve ihtiyaçları karşılamak için gerekli olduğuna inanılan profesyonel prosedürler ve yöntemlerin kullanılma derecesi hakkında, profesyonel kişilerin kanaatleridir. Profesyonel çalışanlara göre, değerlendirmelerin ve tedavilerin doğru şekilde yapılıp yapılmadığı ve gereken sonuçları üretilip üretilmediği hakkındaki düşünceleridir.

Yönetim Kalitesi: Müşteri beklentilerini karşılamak için, kaynakların, daha yüksek otoriteler yani karar vericiler tarafından belirlenen kurallar içerisinde, verimli ve

retken olarak kullanımıdır. Müşteri ihtiyaçlarını karşılayacak hizmet sunum sürecinin, tekrarlama, hata ve israf olmaksızın, kaynakları en verimli etkin kullanımı ve ona göre tasarlanıp tasarlanmadığı, iletilip iletilmediğı olarak belirtilmiştir.

ABD Tıp Enstitüsü 2001 yılında yayımlanan raporunda sağık bakım sisteminde iyileştirilmesi gereken altı boyut belirlemiştir. Bu boyutlar; güvenlik, etkililik, hasta merkezlilik, zamanlılık verimlilik ve adalettir:

Güvenlik: Hastalar yardım amacıyla verilen sağık bakım hizmetinden zarar görmemelidir.

Etkililik: Fayda görebilecek herkese bilimsel bilgiye dayanan hizmet verilmeli; fayda görme olasılığı olmayanlara hizmet vermekten kaçınılmalıdır. Başka bir deyişle, hizmetlerin gereksiz ve yetersiz kullanımından kaçınılmalıdır.

Hasta Merkezlilik: Hastanın tercihlerine, ihtiyaçlarına ve değerlerine saygılı ve duyarlı olarak hizmet verilmelidir. Hasta değerleri bütün klinik kararlara rehberlik etmelidir.

Zamanlılık: Hizmet alanların ve hizmet verenlerin bekleme süreleri kısaltılmalıdır. Zararlı olan gecikmeler azaltılmalıdır.

Verimlilik: Hastane donanım ve araç-gereç gibi malzemelerin az maliyetle yüksek verim almak için kaynakların israf olmadan kullanılmasıdır.

Adalet: Cinsiyet, etnik durum, coğrafik yerleşim, sosyal ve ekonomik durum gibi kişisel özelliklere göre kalitesi değişmeyen hizmet verilmelidir (Yıldırım, 2014).

Yukarıda belirtilen kalite boyutları, aynı zamanda kalitenin özelliklerini de içine almaktadır. Sağık Hizmetleri İyileştirme Enstitüsü başkanı Dr. Donald Berwick, protez ameliyatı öncesinde bir hasta olarak hizmet verenlerden ne beklediğini yukarıdaki kavramları içeren tketic i beklentilerini şöyle ifade etmiştir:

- Beni ldrmeyin.
- Bana yardım edin ve bana zarar vermeyin.
- Beni çaresiz hissettirmeyin.
- Beni bekletmeyin.
- Benim ya da başka herhangi birinin kaynaklarını israf etmeyin.

Karahan (2000) göre; sağlık hizmetlerinde kalitenin boyutları, dört başlıkta incelenebilir. Bu başlıklar; fiziksel imkânların yeterliliği, sağlık personelinin niteliği, yönetimin kalitesi, hasta-sağlık personeli ilişkilerinin yapısı şeklindedir (Karahan, 2000, s. 13). Bu başlıklar altında gerekli veriler toplanmaktadır. Sağlık hizmetlerinde kalitenin boyutlarının değişken yapısından dolayı, farklı şekillerde incelendiği pek çok çalışma yapılmıştır. Araştırmacılara göre müşterilerin hizmet kalitesini nasıl değerlendirdiği, değerlendirmede kullandıkları boyutların hangileri olduğu, boyutların farklı müşteri grupları için değişip değişmediği ve müşteri beklentilerini etkileyen faktörlerin neler olduğu konusunda tatmin edici bilgiler bulunmaktadır (Sevimli, 2006, s. 23). Hizmet kalitesinin ölçülmesinde kullanılan birçok yöntem olup, bunlardan en yaygın olarak kullanılan akademik olarak en çok atıf alan Parasuraman; Zeithaml ve Berry'nin işletmelerin hizmet kalitesini ölçmede ve iyileştirmede kullanabilecekleri mantıksal bir süreç olan beş boyuta indirgenmiş ServQual Ölçeğidir.

3.4.3. Sağlık Hizmetlerinde Teknik Ve Fonksiyonel Kalite

Sağlık hizmet kalitesi ölçümüne yönelik yapılan çalışmalarda daha çok hastaların değerlendirmeleri dikkate alınmaktadır. Hizmet veren sağlık kuruluşlarında teknik ve fonksiyonel olarak sağlık hizmeti verilmektedir. Teknik hizmetler, teşhis ve süreçlerin uzmanlık gerektiren teknik bölümü ile ilgilidir ve çalışanların rutin olan bilgilerini sunmadaki becerilerini ifade etmektedir (Devebakan & Aksaraylı, 2003)

Fonksiyonel kalite ise, hastanın sağlık hizmetlerine erişimi, hastanın konforu, morali, çalışanların tutumu, hastanenin, temizliği, yemeklerin kalitesi, çalışanların hastalara karşı tutumu gibi konuları kapsamaktadır (Anderson, 1995, s. 33). Grönroos teknik kaliteyi; müşterinin sunulan hizmetten elde ettiği çıktı olduğunu ve müşteri tarafından objektif olarak değerlendirilebileceğini belirtmiştir (Koçbek, 2005). Bununla birlikte hastaların sağlık hizmetlerinin teknik kalitesini sağlıklı şekilde değerlendiremedikleri görülmektedir. Hizmetin teknik olarak “ne” olduğundan çok bu hizmetlerin hastaya “nasıl” sunulduğu, ya da hizmetlerin fonksiyonel kalitesi hastaların hizmetlere yönelik kalite algısını belirlemektedir (Devebakan, 2001, s. 24).

Teknik kalite; sunulan hizmetin sonucu ile ilgidir. Sağlık hizmetlerinde teknik kalitenin, tıbbi tedavilerin doğruluğu anlamına geldiği ve işten anlayan profesyonel kişilerin bildiği görülmektedir. Sağlık hizmeti sunumunda hastalar yeterli olarak

teknik bilgiye ve hangi tedavinin kendisi için faydalı olup olamayacağına bilemeyebilir. Bu nedenle sağlık hizmetlerinde teknik kaliteyi hastaların değerlendirebilmesi güçtür. Ancak çalışanların günlük olarak yaptıkları işleri sunarken göstermiş oldukları bilgi ve beceri kabiliyeti, davranış şekli verilen hizmetin kalitesini etkileyecektir (Yerebakan, 2000). Bu yüzden hastaların hizmet algısı sunulan hizmet sırasında personelin tutumuna göre yani fonksiyonel kalite açısından değerlendirme yapabilmektedir. Örneğin, hastanede görev yapan doktorun el becerisi, hemşirenin ilaçları iyi bilmesi, hastaların yatış ve kalış süreleri, tekrar hastaneye gelme sıklığı gibi oranlara yönelik sorunların değerlendirilmesi teknik kaliteye yöneliktir (Grönroos, 1984); (Tengilimlioğlu, 2013).

Değermen (2005), fonksiyonel kalitenin müşterinin sunulan hizmeti nasıl algıladığı, hizmetin sunum sürecinin kalitesi olduğunu belirtmektedir. Fonksiyonel kalite, müşteri tarafından subjektif olarak değerlendirilmekte ve hizmet tüketicisiyle etkileşim sonucu üretilmektedir (Bulgan, 2002, s. 100) Sağlık hizmetlerinde fonksiyonel kalite, sağlık hizmetleri sunucularının davranış şekline göre oluşmaktadır.

Babakus & Mangold (1992) göre, işletmelerin uzun ömürlü olabilmeleri için, fonksiyonel ve teknik kalite birlikte değerlendirilmelidir.

Ülkemizde sağlık bakanlığı denetimlerine bakıldığında sağlık hizmetlerinin teknik çıktılarının dikkate alındığı görülmektedir. Sağlık işletmelerinde teknik kalite daha kolay ve objektif olarak değerlendirilebilmektedir.

Öte yandan hastaların aldıkları hizmete yönelik kalite algısı subjektif nitelikte olup, kişiden kişiye değişebilmektedir. Sonuç olarak sağlık işletmelerinde yalnız teknik kalitenin değerlendirilip ölçülmesi işletmenin performansını göstermeyecektir. Oysa fonksiyonel kalite hastaların yüksek kalite algısını etkileyen belirleyici faktördür (Karafakıoğlu, 1998, s. 115).

Sonuç olarak sağlık hizmetlerinde hizmet kalitesini insan faktörü belirlemektedir. Hastane çalışanları doktorlar hemşireler ve diğer personelin yaklaşımı, tutumu, bilgi ve becerileri hastaların hizmet kalitesi algılarını belirleyen ana unsurdur.

3.4.4. Sağlık Hizmetlerinde Dünyada Kalite Standartlarının Gelişim Süreci

Sağlık hizmetlerinde en iyi hizmeti verebilmenin yolları çok eski tarihlere uzanmaktadır. Hammurabi kanunlarında başarısız uygulanan tıbbi müdahalelerde hasta ve hekim arasında doğabilecek sorunlara yönelik yasal maddeler konulduğu bilinmektedir. MÖ. Beşinci yüzyılda Hipokrat'ın yazdığı mesleki davranış kuralları, MÖ. 2000'de mısır papirüslerinde bulunan tıbbi uygulama standartları koyulduğu görülmektedir. MS.1000'de İran'da tıbbi uygulama yapan herkesin bilgi düzeyini ölçmek amaçlı sınav yapılmak istenmesi o dönem için en iyi hizmeti verebilmenin bir takım kural ve kaidelere bağlı olduğunu göstermektedir (Kaya, 2005, s. 17-18).

Yakın tarihte Florance Nightingalin (1820-1910) hastane istatistiklerini tutarak tek düze bir sisteme gerek duyması kaliteye yönelik hizmetin temellerini atmıştır. İstatistikler ölüm hızlarının bir hastaneden diğerlerine göre farklı olduğunu göstermektedir. 1910 yılında Dr. Abraham Flexner ABD de verilen tıp eğitiminin kalitesinin düşük olduğunu belirtmiştir. Araştırma sonucunda büyük ölçüde birçok okul kapanmıştır (Kaya, 2013, s. 1-89).

1914 yılında ABD de Dr. Ernest A. Codman kalite bakımında sağlık hizmetlerinin sonucunu incelemiştir. Hastaneleri ve doktorları hastalarının sonuçlarını değerlendirme noktasında sorumluluk almaya davet etmiştir. Cerrahi operasyonlarda cep boyutunda kartlar hazırlanarak; hastanın vaka numarası alması, tanısı, ameliyatı yapan personelin ismi, işlemin sonucu kaydedilerek sonuçlar incelenip değerlendirilirken bunların dikkate alınmasını istemiştir.

1931 yılında Walter A. Shewart, istatistiksel süreç kontrolü isimli yeni bir istatistik dalı geliştirmiştir.

1950 yılında Deming, kalite kontrol tekniklerini geliştirerek 14 madde de toplamıştır (Küçük, 2010).

(Kaya, 2013, s. 1-89), 1960 yılında Donabedian'ın kalitenin değerlendirilmesi için, yapı, süreç ve sonuç paradigmasını oluşturarak modern kalitenin kurucusu olduğunu belirtmiştir. Kaliteye sistem yaklaşımını yerleştirmek için büyük çabalar göstermiştir.

1970'ler de sağlık hizmetlerinde kalite yönetimine yönelik çalışmalar daha çok yapısal olarak eksikliklere yönelik olmuştur. Daha çok sağlık çalışanlarını ilgilendiren bir

konu olmanın ötesine geçip, kalitenin iyileşmesi için maliyetlerin düşürülmesi, devlet ve diğer kuruluşlar için de önemli hale gelmiştir (Kaya, 2005).

1980’li yıllar sağlık hizmetlerinde yeniden yapılanma düşüncesinin öne çıktığı ülkelerin yeni arayışlara yöneldiği görülmektedir. Tüm dünyada sağlığa ayrılan kaynaklara bakılmaksızın yeniden yapılanma süreci başlamıştır. Sağlık hizmetlerinde kalite kavramının önemi artarak sağlık hizmetlerinin kendine özgü yapısı içerisinde hizmet sunumundan kaynaklı eksiklikler değerlendirilerek insan hayatı koruma altına alınmıştır (Çiçek, Kara, & Koyuncu, 2006).

1990’lı yıllarda hastanelerin fiziksel ve fonksiyonel yapılanmasının gözle görülür düzeyde iyileştiği, hastalıkların teşhis ve tedavisinde olduğu kadar, hastalıklardan korunmak için koruyucu tedbirlerin alındığı, tıbbi teknolojilere bağlı olarak hasta yatış sürelerinin azaldığı, yatak devir hızında artış olduğu gözlenmiştir. Sağlık hizmetlerinin kalitesinin tarafsız bir kuruluş tarafından belgelenmesi ihtiyacı ilk ABD’de düşünülmüş, belgelendirme ülkede akreditasyon belgesi veren Joint Commision Accreditation For Health Organizitaion (JCAHO) kuruluşu tarafından yerine getirilmiştir. Kar amacı olmayan kuruluşu hizmet sunan profesyonellerin oluşturduğu dernekler birleşerek oluşturmuşlardır. JCAHO kalite değerlendirme yaklaşımı, hasta odaklı ve performansa dayalıdır. Performans alanları, hastanın tedavi ve bakım hizmetleri ile profesyonel yönetim işlevidir (Nicholas, 1999, s. 1-11) ; (Katzfey, 2004, s. 1358-1364).

2000 yılında ABD Tıp Enstitüsünün yayımladığı bir raporda tıbbi hataların boyutlarına dikkat çekilmiştir. 2001 yılında aynı Enstitü tarafından yayımlanan bir başka raporda da sağlık sisteminin iyileştirilmesi için önerilerde bulunulmuş ve ABD sağlık bakım sisteminin iyileştirilmesi gerektiği belirtilen altı boyut, aynı zamanda kalitenin altı boyutu olarak da kabul edilmiştir (Kaya, 2013, s. 1-89).

3.4.5. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinde Kalite Standartlarının Gelişim Süreci

Ülkemizde 2000’li yılların başında hasta bakım ve fonksiyonlarında meydana gelen değişimler sağlık hizmetlerinde büyük bir ivme kazandırmıştır. Kalite yönetimi çalışmalarının geçmişi oldukça yenidir. Kalite yönetimi çalışmaları ile ülkede sağlık hizmeti talep eden tüm tarafların, bu hizmeti en iyi, en uygun ve en kolay ulaşılabilir biçimde, en ideal şartlarda almalarının sağlanması hedeflenmiştir. Bunun

gerçekleştirmek için kurumlar çağdaş yönetim araçlarından yararlanmaktadırlar. Toplam Kalite Yönetimi sağlık kurumlarında tercih edilen yönetsel bir ve model olarak görülmektedir (Asunakutlu, 2005).

2001 tarihinde Sağlık Bakanlığı Toplam Kalite Yönetimini kurumlarda yerleşik olması için “Yataklı Tedavi Kurumları Kalite Yönetimi Hizmet Yönergesini” yürürlüğe koymuştur (Kaya, 2003). Bunun sonucunda 15 kurum ISO 9000 Kalite Güvence Belgesi almış, 28 kurum ise Türk Standartları Enstitüsü ile görüşmelere devam etmiştir (Yoldaşcan, 2007).

2003 yılında performansa dayalı ek ödeme sistemi uygulanmaya başlanmıştır.

2004 yılında Kalite Koordinatörlüğü kurulmuş ve Sağlık Bakanlığı’nın kalite alanındaki tüm çalışmaları bu koordinatörlük çatısı altında bir araya getirilmiştir. Ayrıca akreditasyon çalışmaları ile ilgili hazırlıklar yapılmakta, kalite yönetimi konusunda çeşitli düzeylerde bilgilendirme ve eğitim çalışmaları yapılmaya başlanmıştır (Asunakutlu, 2005)

2005 yılında, “Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları Kurumsal Kaliteyi Geliştirme ve Performans Değerlendirme Yönergesi” hazırlanmıştır. Bu yönerge ile birlikte performans sistemine “kalite” boyutunu eklenmiştir. 2005 yılında kamu hastanelerinde uygulamaya koyulan bu çalışmaların en önemli parametrelerinden biri 100 sorudan oluşan kalite kriterleri olup bu zamanla Hizmet kalite Standartları (HKS) adını almıştır.

2006 yılında Sağlıkta Kalite İyileştirme Derneği (SKİD) kurulmuştur.

2007 yılında Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı bünyesinde Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı kurulmuştur.

2011 yılında Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi ekinde HKS, Kurumsal Hizmet Yönetimi, Destek Hizmeti Yönetimi ve İndikatör Yönetimi olmak üzere dördü dikey ve Hasta Çalışan Güvenliği yatay boyutta olacak şekilde düzenlenmiştir. Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Dönüşüm Programı ile hedeflediği insan odaklı çalışmalarına hız vermiştir.

2012 yılında Sağlık bakım hizmetleri kalitesinde gösterilen bu çabalar sağlık kurumlarında belli düzeyde kalite kültürünün oluşmasını sağlamış ve etkin hizmet

amacıyla Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı bünyesinde Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı kurulmuştur. Başkanlığın temel öncelikleri;

- Sağlıkta Ulusal Akreditasyon yapısını kurmak,
- Ülke genelinde tüm sağlık kurumlarını belirlenmiş olan bir kalite eşiği ve hasta güvenliği hedeflerinin üzerine çıkarmak,
- Ülke olarak kalite ve hasta güvenliği adına sahip olduğumuz deneyim ve bilgi birikimini başta komşu ve bölge ülkeleri olmak üzere dünya ülkeleriyle paylaşmak.

Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta İndikatör Yönetim Sistemi (SİYÖS) çalışmalarını başlatmıştır (Çavuş & Gemici, 2013, s. 238-257).

3.5. Hizmet Kalitesi Ölçümü

Hizmetlerin sahip olduğu ayırt edici özellikleri nedeniyle, kolayca ölçülememesi, bunun yanında hizmet sektörünün artan önemi, işletmelere daha fazla müşteri kazandırma ve iş hacmini artırma çabası, şirketlerin farklı olabilme çabası ve rakiplerinden sıyrılma politikası hizmet kalitesinin önemini artırmıştır. Bu durum hizmet kalitesinin ölçümünü gerekli kılmış, hizmetlerin ölçülebilmesini sağlayan arayışlara yöneltmiştir.

Hizmet kalitesinin ölçümüne yönelik en çok kabul gören model 1983-1990 yılları arasında Parasuraman, Zeithaml ve Berry tarafından geliştirilen Servqual'dir. Ölçek müşteri beklentilerini ve algılamalarını ölçmek için geliştirilmiştir. Servqual modeline birçok eleştiri yapılmasına rağmen günümüzde en çok bilinen ve kullanılan model olarak karşımıza çıkmaktadır (Kekeç, 2008, s. 130); (Çiçek & Doğan, 2009, s. 199-217).

3.5.1. ServQual Modeli

Pazarlama Bilim Enstitüsünün desteğiyle pazarlama bakış açısı temel alınarak yaygın hizmet ağında ufak değişiklikler yapılarak hizmet kalitesini ölçecek bir model sağlamak için geliştirilen Servqual ölçeği, hizmet kalitesinin ölçümünde en fazla kullanılan ve bilinen ölçektir (Tengilimlioğlu, 2013).

ServQual yönteminde, hizmet kalitesi yerine, “algılanan hizmet kalitesi” deyimini kullanılmaktadır (Çiçek & Doğan, 2009, s. 199-217).

Müşterilerin hizmeti almadan önce belirlenen değişkenler ile ilgili olarak beklentileri elde edilmekte, hizmet alındıktan sonra beklentileri ile algıladıkları hizmet karşılaştırılmaktadır. Müşterinin algıladığı hizmet beklentilerini karşılamış ise, algılanan hizmet ile beklenen hizmet arasında ya fark olmaması ya da çok az bir fark olması beklenmektedir. Kısaca hizmet kalitesini beklenen ile algılanan hizmet arasındaki fark olarak kabul etmektedir. Hizmet kalitesinin geliştirilme sürecinde işletmeler pek çok soruya cevaplar aramışlardır;

- Hizmet kalitesi müşteriler tarafından nasıl değerlendirilmektedir?
- Müşteriler bu değerlendirmeyi küresel boyutta mı ele alıyor ya da hizmetin belli aşamalarını mı değerlendirmektedir?
- Değerlendirmede hangi boyutları dikkate almaktadır?
- Müşteri beklentilerini etkileyen faktörler nelerdir?

Parasuraman ve arkadaşları bütün sorulara cevaplar aranarak müşteri beklentileri ve beklentilerin çok daha üzerinde hizmet verilmesi gerektiğini belirtmişlerdir (Gümüšoğlu, Akbaba, Tavmergen, & Akan, 2007, s. 371).

Araştırma sonunda hizmet, algılanan kaliteyi ölçmek için, ilk aşamada 10 kalite boyutu belirlemişlerdir. Bu boyutların hizmet kalitesinin, fiziksel özellikler, güvenilirlik, heveslilik, yeterlilik, ulaşılabilirlik, nezaket, iletişim, inanıla bilirlik, güvenlik ve empati olmak üzere 10 temel boyutu belirlenmiş ve bu 10 boyutu temsil etmek için 97 önermeden oluşan hizmet kalitesi ölçeğini faktör analizi ile değerlendirerek ServQual ölçeğini geliştirmişlerdir.

Ölçek iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde incelenen hizmet kalitesi içindeki firmalar hakkındaki beklentileri ölçmek, ikinci bölümde hizmet kalitesi için değerlendirilen belirli firma hakkındaki algılayışları ölçülmektedir. Daha sonraki yıllarda aynı araştırmacılar bu on boyutu istatistiksel işlemlerin ardından, 22 ifadeyi içeren 5 boyuta indirgemişlerdir (Bozdağ, Atan, & Altan, 2003, s. 32-45); (Parasuraman, Zeithaml, & Berry, 1988, s. 12-40).

Güvenilirlik: Verilen hizmetin doğru ve güvenli bir şekilde yerine getirilmesi ve müşterilerin yaşadıkları sorunların çözümüne yönelik çabaları çözümleri içine almaktadır.

Heveslilik: Hizmeti sunan kişilerin hizmet sunumu sırasında müşterilere yardım etme istekliliği ve hizmetin süratle verilmesini ifade eder.

Güvence: Hizmeti sunan kişilerin nazik ve kibar olmaları, müşterilerin güven duygusunu kazanarak oluşan sorunlara yönelik çözümler üretebilmesidir.

Empati: Çalışanların kendisini müşteriye yerine koyarak, müşterinin istek ve ihtiyaçlarına doğru şekilde anlamak ve ona göre uygun davranışlar sergileyebilme becerisidir. Hizmet verilmeden önce müşteriyi ve ihtiyaçlarını anlamaya çalışmaktır.

Fiziksel Koşullar: Şirketin hizmet sunmadaki fiziksel özellikleridir. Alet, ekipman hizmet ile ilgili dekorasyon ve iletişim araçlarını içermektedir.

ServQual Ölçeğin beş boyutu ve boyutlar boyutları ve her bir boyuta düşen soru maddesi kapsamında 22 öğeyle birlikte müşterilerin hizmet algılamaları ölçülmeye çalışılmaktadır. Her bir boyuta düşen ifadelerin dağılımı aşağıdaki gibidir (Zeithaml, Parasuraman, & Berry, 1990, s. 176).

Tablo 10. Sağlık İşletmelerinde kullanılan ServQual Ölçeğinde yer alan hizmet kalitesi ve bunlara denk gelen soru önermeleri.

Boyutlar	Soru Önermeleri	Tanımlamalar
Fiziksel Özellikler	1-4	Personel ve hizmet verilen yerin, fiziki görünümü, kullanılan aletlerin donanımı
Güvenilirlik	5-9	Söz verilen hizmetin kusursuz, eksiksiz biçimde yerine getirilmesi
Yanıt Verebilirlik	10-13	Hizmet sunumunda müşterilere karşı yardımsever ve hevesli olma, hizmeti zamanında yerine getirebilme yetisi
Güvence	14-17	Firma çalışanlarının bilgili, nazik olması ve müşterilerde güven duygusu uyandırma becerileri
Empati	18-22	Firmanın müşterilere karşı duyarlı olması, kişisel ilgi gösterebilmesi

Kaynak: (Devebakan, 2001).

ServQual Ölçeğinin beklenen ve algılanan hizmet kalitesini ölçmeye yönelik 22 unsur aşağıdaki gibidir:

Fiziksel Özellikler

1. İşletmenin alet ve donanımlarının modern görünümlü olması.
2. İşletmenin fiziksel olanaklarının, binasının görsel olarak çekici olması.
3. İşletmenin çalışanları temiz ve düzgün görünümlü olması.
4. İşletmenin hizmet sunumunda kullandıkları malzemelerin ilgi çekici olması.

Güvenilirlik

5. İşletmenin söz verdiği hizmetleri zamanında yerine getirmesi.
6. İşletme çalışanlarının müşterilerin problemi olduğunda çözmek için gerekli çabayı göstererek samimi bir şekilde ilgilenmesi.
7. İşletme hizmeti ilk seferde anında yerine getirmesi
8. İşletme hizmeti söz verdikleri zamanda yerine getirmesi.
9. İşletme ilgili kayıtların hatasız bir şekilde tutması.

Heveslilik

10. İşletme çalışanlarının müşterilere hizmetin ne zaman sunulacağını söylemeleri.
11. İşletme çalışanlarının müşterilere hızlı hizmet vermeleri.
12. İşletme çalışanlarının müşterilere her zaman yardım etmeye hevesli olması.
13. İşletme çalışanlarının müşterilerin isteklerine cevap veremeyecek kadar meşguliyet bildirmemeleri.

Güven

14. İşletme çalışanlarının davranışlarının, müşterilerde güven duygusu uyandırması.
15. İşletmenin verdiği hizmete ilişkin olarak müşterilerine güven hissettirmesi.
16. İşletme çalışanlarının müşterilerine daima saygılı olması.
17. İşletme çalışanlarının müşterilerin sorularını cevaplayacak bilgiye sahip olması.

Empati

18. İşletme çalışanlarının her müşteriye özel ilgi göstermesi.
19. İşletme çalışma saatlerinin bütün müşterilere uygun olması.
20. İşletmeler her müşteriye özel ilgi gösterecek çalışanlara sahip olması.
21. İşletmenin müşterileri için elinden gelenin en iyisini yapması.

22. İşletme çalışanlarının müşterilerinin özel ihtiyaçlarını anlaması.

3.5.1.1. ServQual skorunun hesaplanması

ServQual skorları, işletmelerin müşterilerin algıladığı genel hizmet kalitesini ortaya çıkarmak için kullanılmaktadır. İşletmeler, Servqual boyutlarına bakarak, hangi kalite boyutunun algılanan hizmet kalitesinin düşük, hangisinin yüksek olduğunun tespitini yapabilmektedirler (Zeithaml, Parasuraman, & Berry, 1990).

Veriler iki farklı anketle toplanmakta, ilk olarak beklentiler daha sonra ve algılamalar (performans) ölçülmektedir. Beklenti skorlarından algılama skorları çıkartılarak hizmet kalitesi skoru hesaplanmaktadır (Bülbül & Demirer, 2008, s. 200).

ServQual skoru (SS)=Algı Skoru (A)- Beklenti Skoru (B)

Yapılan değerlendirmelerde öncelikle her bir boyut için katılımcılara ortalama ServQual skorları hesaplanmıştır.

K boyuta ait ifade sayısını göstermek üzere:

$$SS = \frac{1}{k} \sum_{i=1}^k (A_i - B_i)$$

Tüm müşteriler için birinci adımda bulunan skorlar toplanır ve müşteri sayısına bölünerek ortalama Servqual skoru (OSS) hesaplanır.

$$OSS = \frac{SS}{n}$$

Her bir boyut için hesaplanan skorlar toplanıp boyut sayısına bölünerek Ağırlıklandırılmamış Servqual skoru (ASS) hesaplanır.

$$ASS = \frac{1}{k} \sum_{x=1}^K OSS$$

3.5.1.2. ServQual ölçeğinin kullanım amaçları

Müşteri beklentileri ve algılamalarının farklı zamanlarda Karşılaştırılması,

İşletmenin ServQual puanını rakiplerinininki ile karşılaştırmak istemesi,

Farklı kalite algılamalarına sahip müşteri bölümlerinin araştırılması,

İç müşterilerin kalite algılamalarının araştırılması (Eleren, Çetin, & Görmüş, 2007, s. 79);(Çelik, 2012, s. 24).

3.5.1.3. Servqual ölçeğinin üstün yönleri

Hizmet kalitesi, müşterilerin hizmeti almadan önceki beklentileri (beklenen hizmet) ile yararlandığı gerçek hizmet deneyimini (algılanan hizmeti ya da algılanan performansı) kıyaslayarak arasındaki farklılıkları tespit etmesi ve müşterilerin beklentileri ile algılanan performans arasındaki farklılığın yönü ve derecesini ortaya koyması ölçeğin en önemli avantajıdır.

ServQual Ölçeği, müşteri beklentileri ile işletmenin performansı arasındaki farklılıklara dair ayrıntılı sonuçlar sunmaktadır. Belirlenen beş boyut kullanılarak sistematik verilerin kullanıldığı genel sonuçların elde edildiği bir tekniktir (Kavak & Yılmaz, 2003, s. 58).

Ölçek, eski ve yeni müşterilere belirli zaman aralıklarıyla kolaylıkla uygulanabilmektedir. Böylece, zamanla müşteri beklentilerinde meydana gelen değişiklikler izlenebildiği gibi, işletmenin hizmet kalitesini geliştirmeye yönelik çabalarının ne derece etkili olduğu da tespit edilebilmektedir.

Ölçeği uygulayan işletme ölçüm sonucunda hizmet kalitesi açısından rakiplerine göre hangi boyutlarda güçlü, hangi boyutlarda zayıf olduğunu görerek, buna uygun pazarlama stratejileri geliştirebilmektedir.

Servqual ölçeği basit ve anlaşılır olması ve uygulamada ki kullanım kolaylıkları ile işletmeye sağladığı faydalar göz önüne alındığında düşük maliyetli oluşu tüm hizmet sektörlerinde uygulanabilmesini kolaylaştırmaktadır (Erözgün, 2009).

3.5.1.4. Servqual ölçeğinin zayıf yönleri

Servqual hizmet ölçeğine yönelik eleştiriler üç başlık altında toplanmaktadır. Fark (Boşluk) modeline yönelik, paradigmaya yönelik ve çok boyutluluğa yöneliktir. Bu eleştirileri şöyle açıklamak mümkündür.

Fark (Boşluk) modeline yönelik olarak (Cronin & Taylor, 1992), fark modeline yönelik eleştirilerini hizmet kalitesinin performans ve beklenti farkıyla değil, yalnız performansa dayalı olarak ölçülebileceğini savunmuşlardır. Toplanan verilerde yalnız beklenen ve algılanan hizmet kalitesi farkının alınmasının yeterli olmadığına dikkat çekmişlerdir. Müşterinin aldığı hizmet ile ilgili olarak pek çok olumlu veya olumsuz deneyimini aktaramadığını ve değerlendirmede yeterince nesnel olmadıklarını dile getirmişlerdir (Yaşa, 2012, s. 69); (Buttle, 1996, s. 8-32).

Babakus ve Boller, tarafından yapılmış olan değerlendirmede, hizmet kalitesini ölçmek için müşterilerden “beklenen” ve “algılanan” düzeyi bildirmeleri istendiğinde, bazı psikolojik baskılardan dolayı “beklenen” ve “algılanan” arasındaki farkın net olmadığına dikkat çekilmiştir (Babakus & Mangold, 1992, s. 255).

Paradigmaya yönelik olarak; hizmetin kalitesinin ölçülmesinde tüketici beklentilerinin ölçümüne ihtiyaç olmadığı fikrini ortaya koymaktadırlar. SERVPERF ölçeğini geliştirmiş olan Cronin & Taylor (1992), müşterilerin hizmetin performansı ile ilgili algılarında yapılacak ölçümlerin hizmetin kalitesinin belirlenmesi için yeterli olacağını savunmuşlardır.

Boyutluluğa yönelik olarak; ServQual’in beş boyutunun bütün sektörler için uygulanamayacağı görüşündedirler. Servqual’in beş boyutu evrensel değildir, boyutların sayısı hizmet kalitesi kapsamında değişebilir denilmektedir (Buttle, 1996, s. 10-11).

ServQual ölçeğinin pek çok araştırmacı tarafından eleştirildiğini, birbirinden farklı hizmetler için standart bir ölçek kullanımının uygun olamayacağı ve ölçeği hizmet alanlarında kullanmadan önce ölçekte yer alan beş boyuta yeni boyutların eklenmesi gerektiği, farklı alanlarda hizmet veren sektörler için farklı ölçeklerin geliştirilip uygulanmasının gerektiği belirtmiştir (Carman, 1990).

ServQual ölçeğine karşı yapılmış olan olumsuz değerlendirmelerin sonucunda Parasuraman, Zeithaml ve Berry yazmış oldukları bir makalede, yapmış oldukları çalışmaların bu modeli kavramsal ve ampirik olarak desteklediğini öne sürmüşlerdir ve ServQual ile ilgili hiçbir yanlış noktanın bulunmadığını öne sürerek yaptıkları modeli savunmuşlardır (Parasuraman, Zeithaml, & Berry, 1994, s. 111-121).

Hizmet kalitesinin ölçümü, yeni ve değişime açık bir konu olduğu için sürekli olarak geliştirilmekte ve yeni modeller önerilmektedir. Birçok eleştiriye rağmen ölçek, birçok hizmet sektöründe hizmet kalitesi ölçümü olarak kullanılmakta ve başarılı sonuçlar vermektedir. Hala birçok araştırmada akademisyenler ve araştırmacılar tarafından kullanılmaktadır (Öztürk, 2019); (Özgür, 2009).



4. SAĞLIKTA HİZMET KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİNE YÖNELİK BİR UYGULAMA

Son yıllarda sağlık işletmelerinde artan rekabet ve başarılı olma çabası, sağlık hizmetlerinde hizmet kalitesinin yükseltilmesini ve sürdürülebilir olmasını zorunlu kılmaktadır. Hastaların giderek daha bilinçli hale gelmesi sağlık kuruluşlarının rakiplerine göre fark yaratacak yetenekler geliştirmesine ve daha başarılı olma çabası içerisine girmesine neden olmaktadır. Kaliteli hizmet anlayışını benimseyen sağlık işletmeleri, işletmelerin yönetim ve pazarlama anlayışlarını önemli hale getirmiştir. İşletmeler, müşteri memnuniyetini esas alan müşteri odaklılık ilkesine göre hareket etmekte, müşterilerin kendilerine bağlılığını sağlayarak pazar payını artırmakta ve kâr elde edip işletmelerin devamlılığını sağlamaktadır (Soysal & Koçoğlu, 2018, s. 41-50); (Şahin, Çelik, & Tengilimoğlu, 2015, s. 255). Sağlık hizmetlerinde müşteri, sağlık hizmetleri sürecine katkıda bulunan tüm birey ve kurumlardır. Günümüz şartlarında müşterinin ne istediğini anlayan ve kavrayan sağlık işletmelerinin hayatlarını devam ettirdikleri, müşteri isteklerini gerektiği gibi kavrayamayan işletmelerin başarılı olamadıkları görülmektedir. Bu durumun işletmeleri mali olarak zarara uğrattığı bilinmektedir. Önceliğin müşterileri memnun etmek ve ihtiyaçlarının belirlenmesi olarak gören işletmeler, müşterilere üstün hizmet sunarak müşteri tatminine yönelik büyük çabalar göstermektedirler (Gültaş & Yücel, 2019).

Kotler & Armstrong (2006), müşteri memnuniyetini, müşteriye sunulan ürün veya hizmetlerin, müşterinin beklenti düzeyini karşılaması ya da bunu aşması olduğunu ve uzun süreli ilişkiler sonucunda gerçekleşecek müşteri bağlılığının, işletmeye önemli faydalar sağlayacağını belirtmişlerdir. Hizmet sektöründe müşterilerin memnuniyet düzeyleri arasındaki farklılıklar kritik önem arz etmektedir. Müşteri davranışlarının değişken olduğunu ve tahmin edilemeyeceğini öne süren (Gençtürk & Karataş, 2002, s. 53-54), müşteri memnuniyetini, müşterilerin hizmete yönelik beklentileriyle, hizmet performansının kıyaslanması sonucunda oluşan, tepkiler olarak değerlendirmişlerdir.

Sağlık hizmetlerinde maliyetlerin artması, hizmet kalitesinin öneminin artması, sürdürülebilir kalite iyileştirme çalışmalarının oluşturulmasında önemli bir rol oynamaktadır (Materla, Cudney, & Hopen, 2019, s. 1), Bu kapsamda sağlık hizmet sağlayıcıları için karar vermede yardımcı olacak müşterinin sesi ve müşteriye iyi ve

doğru tanıyabilmenin yolları aranmış, etkili birçok model (kano modeli) geliştirilmiştir. Hastaların karmaşık davranışlarını ve hizmet kalitesiyle ilgili ihtiyaçlarını anlamak (Materla, 2018, s. 7), amacıyla yapılan çalışmalarda müşteri beklentileri müşterilerin mal veya hizmet hakkındaki tecrübeleri, diğer müşterilerden duydukları bilgilere göre oluşmaktadır. İşletmeler müşteriler üzerinde yoğunlaşarak mal ve hizmetleri için başarılı pazarlama stratejileri geliştirebilirler (Acuner, 2001, s. 21-22). Müşteri beklentilerini bilmek, işletmeler için faaliyetlerini düzenleme ve işletme müşterilerini farklılaştırma açılarından önem taşır. İşletmeler, farklı beklentileri olan müşterilere, farklı stratejiler geliştirerek müşterilerin tatmin düzeylerini yükseltebilirler.

Müşterilerle etkin bir iletişim sisteminin kurulması işletmeler için çok önemlidir. Müşteri, geçmişte işletmeyle arasında oluşan bir sorundan dolayı olumsuz bir kanaate sahip olabilir. Bunun sebebi alınan hizmetin istenilen düzeyde olmaması, beklentileri karşılamaması, hizmeti sunan kişilerin müşteriye yeterli ilgi göstermemesi ya da işletmenin vaat edilen hizmete sadık olmamasından dolayı olabilir. Böyle durumlarda işletmeler, beklentileri karşılamada yetersiz oldukları için, müşterileri kaybedebilirler.

Bu durumda kaybedilen müşterilerin işletmeye yeniden kazandırılması için, etkin bir iletişim sisteminin kurulması şarttır. Müşterileri memnun etmeyen tüm faktörler değerlendirilerek ortadan kaldırılmalı ve müşteri tatmini ve sadakati sağlanmalıdır.

Hastaların hizmet kalitesi algıları, aynı hastaneyi tekrar tercih etmesini ve çevresine tavsiye etmesini doğrudan etkilemektedir. Bu nedenle sağlık yöneticileri sürekli iyileştirme programları uygulayarak hasta tatmin düzeylerini arttırmalıdır (Mosadeghrad, 2013, s. 206).

Algılanan hizmet kalitesi ve müşteri memnuniyeti genellikle farklı yapılar olarak ele alınmaktadır. Bu anlamda kalitenin değişik açılardan algılanmasına ve daha iyi kavranmasına yardımcı olan hizmet kalitesi boyutları, hizmet kalitesinin değerlendirilmesi için farklı bakış açısı sunmaktadır. Hizmet boyutlarının bilinmesi hizmetlerin etkinliğini arttırmakta önemli bir role sahiptir. Sunulan hizmetlerin hangi özelliklere bakılarak kaliteli olarak değerlendirileceği de söz konusu kalite boyutları aracılığıyla ölçülebilmektedir (Ünlü & Aktaş, 1995, s. 49).

(Grönroos, 1984, s. 36-44), Nitel araştırmalar sonucunda geliştirdiği modelde hizmet kalitesi boyutlarını teknik kalite, fonksiyonel kalite olarak iki grupta değerlendirmiştir. Teknik kalite, tüketicilerin hizmetle ilgili değerlendirmeleri, teknik hizmetler, teşhis ve süreçlerin uzmanlık gerektiren teknik bölümü ile ilgilidir. Fonksiyonel kalite, hizmetin nasıl sunulduğuyla ilgilidir. Hizmetin sürecinin kalitesidir.

(Bulgan, 2002, s. 100), Sağlık hizmetlerinde fonksiyonel kalitenin müşteri tarafından subjektif olarak değerlendirildiğini ve hizmetin tüketiciyle etkileşim sonucu üretildiğini ifade etmektedir.

Tüm dünyada birçok bilimsel araştırmalara konu olan ve büyük ilgi gören (Parasuraman, Berry, & Zeithaml, 1985, s. 41-50) tarafından geliştirilen Servqual modeli, kaliteyi tüketicilerin bekledikleri ve algıladıkları hizmet arasındaki fark olarak tanımlamaktadır. Hizmet kalitesini değerlendirdikleri çalışmada sağlık hizmetleri kalitesinin ölçümünde Servqual ölçeğini kullanarak fonksiyonel hizmet kalitesini beş boyutta değerlendirmişlerdir.

4.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi

Çalışmada hizmet kalitesi algısı ve beklentileri kıyaslayarak aralarındaki farklılıklar tespit etmek ve ölçmek üzere (Parasuraman, Berry, & Zeithaml, 1985, s. 41-50), tarafından geliştirilen beş hizmet kalitesi boyutuna ek olarak “bilgilendirme” boyutu ve hizmet kalitesi açısından önemi dikkate alınacaktır. Ayrıca Groonros’un “teknik hizmet kalitesi” değerlendirmeye alınacaktır. (Çavdar, Kıpçak, & Önal, 2017, s. 137-155), Yaptıkları araştırma sonucunda bilgilendirme boyutunun hizmet kalitesi açısından önemini ortaya koymuşlardır. Analiz sonuçlarına göre, yaptıkları çalışmada bilgilendirme boyutunun dikkate alınması gerektiği, insanların hizmetin içeriği ve hizmet sürecine ilişkin bilgilendirmelerinin hizmet kalitesi açısından büyük ölçüde önemli olarak değerlendirdiğini göstermektedir. Bilgilendirmenin genel memnuniyet düzeyi üzerindeki etkisi mutlaka belirlenmelidir.

Kalite tanımlanırken kullanılan genel yaklaşım, kaliteyi müşteri beklentisine uygunluk olarak tanımlamaktadır. Bununla birlikte yapılan çalışmalar kaliteyi oluşturduğu düşünülen unsurların müşterilere sorulması şeklindedir. Bu çalışmanın amacı sağlık hizmet kalitesinin unsurlarını doğrudan müşterilerin kendi değerlendirmelerinden hareketle belirlemektir. Bu amaçla yarı yapılandırılmış mülakat tekniği ile

katılımcıların hastane hizmetlerini değerlendirirken hangi unsurlara dikkat ettikleri araştırılmıştır. Katılımcıların değerlendirmeleri öncelikle Literatürde var olan kalite boyutları altında sınıflandırılacak, bu boyutlar ile uyuşmayanlar olması durumunda, yeni boyutların tanımlanması yoluna gidilecektir.

4.2. Araştırmanın Kısıtları

Çalışma Samsun ve Sinop ilinde yapılmış olup, görüşme yapılan katılımcılar bu ilde yaşayan kişiler arasından rassal olarak seçilmiştir. Bu kapsamda çalışma sonuçları bölgenin ve dönemin koşullarından etkilenmiş olabilir. Ayrıca çalışmanın pandemi döneminde yapılmış olmasının sonuçlar üzerinde etkisi olabilir. Mülakat tekniğinin kullanıldığı çalışmada katılımcıların özgün ifadelerinin sınıflandırılmasında zorluklar yaşanmıştır.

4.3. Araştırmanın Ana Kütlesi ve Örneklemi

Çalışmanın ana kütlesini sağlık hizmeti alan tüm kişiler oluşturmaktadır. Bununla birlikte uygulamada mülakat tekniğinin kullanılması ve araştırmacının ikamet durumu dikkate alınarak çalışma kapsamında Samsun ve Sinop ilinde yaşayan 93 kişi ile görüşme yapılması yeterli görülmüştür.

Tablo 11. Çalışmanın örnekleminde katılımcıların listesi

KATILIMCI NO	CİNSİYET	YAŞ	EĞİTİM DÜZEYİ	MESLEK
No 1	Kadın	43	Lisansüstü	Akademisyen
No 2	Kadın	34	Lisansüstü	Akademisyen
No 3	Erkek	46	Lisansüstü	Akademisyen
No 4	Erkek	46	Lisansüstü	Akademisyen
No 5	Kadın	58	Lise	Ev Hanımı
No 6	Erkek	63	Üniversite	Emekli
No 7	Kadın	46	Ön lisans	Serbest Meslek
No 8	Erkek	55	Yüksekokul	İşçi
No 9	Erkek	63	Yüksekokul	İşçi
No 10	Kadın	35	Lise	İşçi
No 11	Kadın	26	Ön lisans	İşçi
No 12	Erkek	32	Ortaokul	İşçi
No 13	Erkek	40	Lise	İşçi
No 14	Erkek	44	Lise	İşçi
No 15	Kadın	52	Lise	Ev Hanımı
No 16	Erkek	56	Lise	Emekli

No 17	Kadın	49	İlkokul	Emekli
No 18	Erkek	39	Lisansüstü	Serbest Meslek
No 19	Kadın	35	Lisans	Memur
No 20	Erkek	52	Lisans	Memur
No 21	Erkek	43	Lisansüstü	Akademisyen
No 22	Erkek	39	Lisansüstü	Akademisyen
No 23	Erkek	64	Lisans	Memur
No 24	Kadın	38	Ön lisans	Memur
No 25	Erkek	40	Lisans	İşçi
No 26	Erkek	40	Lise	Serbest meslek
No 27	Erkek	70	Lisans	Emekli
No 28	Kadın	68	Yüksekokul	Emekli
No 29	Kadın	42	Lise	İşçi
No 30	Erkek	65	Lisans	Emekli
No 31	Kadın	48	Lise	Ev Hanımı
No 32	Kadın	40	Lise	Serbest meslek
No 33	Kadın	66	İlkokul	Ev Hanımı
No 34	Erkek	70	İlkokul	Emekli
No 35	Kadın	70	İlkokul	Emekli
No 36	Kadın	62	İlkokul	Ev Hanımı
No 37	Kadın	73	Lise	Emekli
No 38	Kadın	57	Ortaokul	Ev Hanımı
No 39	Kadın	46	Lisans	Serbest Meslek
No 40	Kadın	36	Lisans	Memur
No 41	Kadın	45	İlkokul	Ev Hanımı
No 42	Kadın	32	Lisans	Ev Hanımı
No 43	Erkek	60	Lisans	Emekli
No 44	Kadın	33	Lisans	Serbest meslek
No 45	Erkek	34	Lisans	Öğrenci
No 46	Kadın	60	Lise	Emekli
No 47	Kadın	65	Lisans	Emekli
No 48	Kadın	47	İlkokul	Serbest Meslek
No 49	Kadın	66	Lisans	Emekli
No 50	Kadın	66	Lisans	Emekli
No 51	Erkek	40	Lise	İşçi
No 52	Kadın	43	Ön lisans	Memur
No 53	Erkek	36	Lisans	Memur
No 54	Erkek	37	Lisans	Memur
No 55	Kadın	39	Lisansüstü	Akademisyen
No 56	Erkek	55	Lise	Memur
No 57	Kadın	46	Lise	İşçi
No 58	Kadın	45	Lise	İşçi
No 59	Kadın	35	Lisans	Memur
No 60	Kadın	57	Yüksekokul	Memur
No 61	Erkek	39	Lisansüstü	Akademisyen
No 62	Erkek	43	Lisansüstü	Akademisyen
No 63	Erkek	38	Lisansüstü	Akademisyen

No 64	Erkek	38	Lisansüstü	Akademisyen
No 65	Kadın	34	Lisans	İşçi
No 66	Kadın	51	İlkokul	İşçi
No 67	Erkek	40	Ortaokul	İşçi
No 68	Kadın	41	Lisansüstü	Akademisyen
No 69	Erkek	41	İlkokul	İşçi
No 70	Kadın	31	Ön lisans	İşçi
No 71	Kadın	32	Lisans	İşçi
No 72	Erkek	41	Lisans	Memur
No 73	Kadın	40	Lisans	Memur
No 74	Kadın	52	Lise	Ev Hanımı
No 75	Kadın	54	İlkokul	Ev Hanımı
No 76	Kadın	20	Lise	Öğrenci
No 77	Kadın	50	İlkokul	Ev Hanımı
No 78	Kadın	32	İlkokul	Ev Hanımı
No 79	Erkek	49	Lise	Emekli
No 80	Erkek	48	Lise	Ev Hanımı
No 81	Kadın	38	Ortaokul	Ev hanımı
No 82	Erkek	45	İlkokul	Serbest Meslek
No 83	Kadın	55	Lise	Ev Hanımı
No 84	Kadın	26	Lisans	Memur
No 85	Erkek	55	İlkokul	Serbest Meslek
No 86	Kadın	55	Lise	Emekli
No 87	Erkek	23	Lisans	Öğrenci
No 88	Kadın	43	Lisans	Memur
No 89	Erkek	32	Ön lisans	İşçi
No 90	Kadın	55	Ortaöğretim	Serbest Meslek
No 91	Kadın	36	İlkokul	Serbest meslek
No 92	Erkek	31	Ortaöğretim	İşçi
No 93	Kadın	44	Lisansüstü	Memur

Tablo 12. Katılımcıların demografik bulguları

Demografik Değişkenler		Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet	Kadın	53	56,989
	Erkek	40	43,011
	Toplam	93	100
Yaş	21-30	4	4,301
	31-40	33	35,484
	41-50	25	26,882
	51 üzeri	31	33,333
	Toplam	93	100,0
Öğrenim Durumu	Orta öğretim	21	22,581
	Lise	22	23,556
	Ön lisans	10	10,753
	Lisans	26	27,957
	Yüksek lisans ve doktora	14	15,054
	Toplam	93	100,0
Meslek	Ev hanımı Öğrenci	18	19,355
	Serbest Meslek Sahibi	11	11,828
	Emekli	16	17,204
	Memur	16	17,204
	İşçi	20	21,505
	Akademisyen	12	12,903
	Toplam	93	100,0
Aylık Ortalama Gelir	1500 ve altı TL	13	13,978
	1501-3001 TL	39	41,935
	3001 ve üstü TL	41	44,086
	Toplam	93	100

Tablo 12’de görüldüğü üzere, katılımcıların %56,989’u bayan (53 kişi), %43,011’i erkektir (40 kişi). Yaş dağılımlarına bakıldığında, %4,301’i (4 kişi) 21-30 yaş arası, %35,484 ‘ü (33 kişi) 31-40 yaş, %26,882’si (25 kişi) 41-50 yaş, %33,333’ü (31kişi) 51 yaş ve üzeri olduğu görülmektedir. Katılımcıların eğitim düzeyleri; %22,581 (21 kişi) ortaöğretim, %23,656 lise (22 kişi), %10,753 (10 kişi) ön lisans, %27,957 (26 kişi) lisans, %15,054 (14 kişi) lisansüstü düzeyindedir. Meslek olarak incelendiğinde %16,129 ev hanımı (15 kişi), %11,828 (13 kişi) serbest meslek sahibi, % 17,204 (16 kişi) emekli, % 17,204 (16 kişi) memur, % 21,505 (20 kişi) işçi, % 12,903 (12 kişi) akademisyen, %3,226 (3 kişi) öğrenci olarak görülmüştür. Aylık gelir düzeyleri, 1500TL ve altı %13,978 (13 kişi), 1501-3001TL % 41,935 (39 kişi), 3001TL ve üzeri % 44,086’sı (41 kişi) gelirli olduğu görülmüştür.

4.4. Veri Toplama Aracı ve Yöntem

Çalışmada sağlık hizmet kalitesini oluşturan unsurların doğrudan sağlık hizmeti alan kişilerin kendi söylevlerinden hareketle belirlenmesi amaçlanmaktadır. Bu kapsamda bir nitel analiz tekniği olan derinlemesine mülakat yöntemi kullanılmış ve yarı yapılandırılmış mülakat sorularından faydalanılmıştır. Görüşmeler ses kayıt cihazına kaydedilmiş sonra Word'e yazı olarak aktarılmıştır. Görüşmelerde herhangi bir yönlendirme yapılmamıştır. Görüşmede katılımcılara sorulmak üzere aşağıdaki araştırma soruları hazırlanmıştır.

Aldığınız hizmetten memnun kaldığınız bir sağlık kurumunu düşünün. Bu kurumda hoşunuza giden unsurlar nelerdi?

Aldığınız hizmetten memnun kalmadığınız bir sağlık kurumunu düşünün. Bu kurumda hoşunuza gitmeyen unsurlar nelerdi?

Sizce kaliteli bir sağlık hizmeti için sağlık kurumunda nelere dikkat edilmelidir?

Yapılan görüşmelerde bu sorulara ek olarak, katılımcıların cevapları doğrultusunda daha detaylı değerlendirmeler almak üzere bağımsız sorular sorulmuştur. Katılımcılar, hem Özel sağlık kuruluşlarını hem de Kamu hastanelerinde almış oldukları sağlık hizmetlerini değerlendirmişlerdir.

4.5. Araştırmanın Bulguları ve Tartışma

Mülakat yöntemi ile katılımcıların değerlendirmelerinde kullandıkları ifadeler ServQual ölçeğinin beş boyutunun yanı sıra bilgilendirme ve teknik hizmet boyutlarını da kapsayan 7 boyut altında sınıflandırılmıştır. Böylece ilgili boyutlar altında katılımcıların neleri dikkate aldığı belirlenmeye çalışılmıştır. Ayrıca bu boyutlar altında sınıflandırılmayan ifadelerde ayrıca yorumlanmıştır.

4.5.1. Teknik Hizmet Kalitesi

Teknik hizmetler, hastaların almış olduğu sağlık bakım ve teşhis tedavi hizmetleridir. Çalışanların rutin olarak yapmış oldukları tüm işleri, bilgi ve becerilerini kapsamaktadır. Sağlık hizmet sunum sürecinde, hastalar (müşteri) hizmet kalitesini kendi bakış açılarına göre değerlendirmişlerdir. Teknik hizmet kalitesinin, hastaların

kendi bakış açılarına göre teşhis ve tedavi sürecinde şekillendiği, beklenen hizmet ile algılanan hizmetin farklı olduğu görülmektedir. Katılımcıların sağlık hizmetlerinin kalitesini değerlendirirken, kamu hastanelerinde sistemsal sorunlar olduğunu ve bunun hemen düzeltilemeyeceğini, çalışanların yoğunluktan dolayı her hastaya vakit ayıramadığını, zaman sorunu yaşandığı ve bu durumun personelin davranışlarına yansımalarını belirtmişlerdir. Teknik kaliteye yönelik ifadeleri aşağıdaki gibidir:

K- 3 Bir hastaneye gittiğimde, personelin hemen müdahale edebilmesi, bir branş da başka alternatif hekimlerinde olması, farklı tedavi yöntemleri uygulandığını gösterir. Benim için bu çok önemli. K-4 Koyulan teşhisin doğruluğunu kanıtlamak istiyorum. Farklı doktorlara giderek. Mr sonucumu mesela farklı doktorlara da göstermek isterim. K-7 Hastaneye gittiğim de öncelikle doktorlarda şunu görüyorum. Mr, Tomografi doktoru olmuşlar önce bana bir dokunun muayene edin bana göre elle muayene hekimlikte önemlidir en başta gelir. Elektronik hekimlik yapıyorlar.

K -11 Babamın yüzünde bir cilt rahatsızlığı vardı doktorun bakması ile ilaç yazması bir dakika sürdü. Bu kadar sürede nasıl teşhis koyup doğru yönlendirebilir. Geçştirilmiş gibi hissetmek insanı üzüyor bir daha gitmek istemiyorsun.

K-24 Gittiği özel sağlık kuruluşunda nokta atışı yapar gibi tedaviyi doğru uyguluyorlar. Doktorlarına güveniyorum. K- 26 Sağlık çalışanları üzerine düşeni yapıyorlar. İşlerini iyi yapıyorlar yetiştiremedikleri şeyleri de bilinçli yapmadıklarını düşünüyorum eksiklikler var ama bu bilinçli değil. K-27 Gittiğim devlet hastanesinde sadece yardımcı personelde sıkıntı var. Doktor ve hemşirelerden çok memnunum. Sistemli çalışıyorlar. K- 29 Devlet hastanesinde bir doktorumdan çok memnunum doğru teşhisler koyarak yardımcı oldu. K- 30 Burada sıra alamıyorum. Bir doktor 80 hasta bakıyor birine 5 dakika baksa teşhis noktasında çok reel bulmuyorum. K-50 Acillerde belli yaş aralıklarına göre bazı kalp vs bölümleri olmalı. K- 52 Yoğunluktan dolayı çok iyi hizmet verildiğini düşünmüyorum. Doktorun muayene ettiği hasta sayısı arttıkça muayene süresi kısalıyor daha çok tetkike yöneldiklerini gördüm. Bununda çok sık yapıldığını ve hastalara zarar verdiğini düşünüyorum. K- 53 Branşlaşmanın olması gerektiğine inanıyorum. Göz ya da göğüs hastalıkları gibi bölümlerde ihtisaslaşmalı. Aynı çatı altında onlarca birim var bir hastanede toplanması yerine ayrı ayrı hastaneler olması gerektiğine inanıyorum. K- 55 Hastanın iyileşme sürecini de takip etmeliler kontrole çoğu zaman gitmiyoruz. İlacı yazıp gönderiyorlar.

Hastaneye gitmekten korkmamak gerekiyor. K- 60 Hasta yoğunluğundan dolayı bir doktor başına çok hasta düşüyor. Bu da muayene için ayrılan süreyi kısaltıyor. Memnuniyet düzeyini düşürüyor. K- 62 İşini iyi yapan doktorlar da var. İşini yapmaktan yorulmuş olanlarda. Ama dış hastanesi genelde kötü. Skor yapmaya çalışan skorcular gibiler. Çok fazla yoğunluk olduğunda doktorun verimi de düşüyor. Doktorlar daha az sayıda kişiye baksalar daha verimli olurlardı. K- 64 Büyük yerlere gitmeye tercih ederim. Probleme yönelik. Doktorun tedavi yöntemine başarısına göre tecrübesine göre doktor seçimi yaparım. Doktorun muayene tarzından çok etkilenirim. Uzaktan bilgisayar başından muayene eden doktor olduğu gibi sizi elle muayeneden sorunlarınızla ilgilenen doktorlarda var.

K- 72 Doktorun kalitesine önem veririm gereksiz ilaç yazsın istemem. Puan alacağım diye gereksiz tedavi uygulamamalı.

4.5.2. Somutlar Unsurlar

Hizmetin fiziksel kanıtlarını içine almaktadır. Fiziksel tesisler, ekipman ve personelin görünümü, hizmet alan ya da bekleyen diğer müşterilerdir (Öztürk, 2019). Katılımcılar, gittikleri sağlık kuruluşlarında fiziksel koşullara dikkat ettiklerini, özel sağlık kuruluşlarında fiziksel unsurların daha ilgi çekici özenli ve konforlu olduğunu belirtmişlerdir. Kamu hastanelerinde yeterli koşulların sağlanamadığına dikkati çekmişlerdir. Katılımcılara sorulan hastaneye gittiğinizde nelere dikkat edersiniz? Sorusuna karşılık verdikleri yanıtlarda, fiziksel unsurlara dikkat ettiklerini belirten katılımcıların % 62,366 oranında (58 kişi) fiziksel boyutlara ilişkin değerlendirmelerde bulunmuştur. Girişte hastanenin ferah ve havadar olmasına ışıklandırma ve yerlerin yüzey temizliğine tedavi sürecinde de özellikle lavabo temizliğine dikkat ettiklerini belirtmişlerdir. Kamu hastanelerinde aldıkları hizmeti değerlendiren katılımcılar, genellikle kan alma yerlerinin temiz olduğunu, ancak tahlil sonrası lavaboları kullanırken tedirgin olduklarını mümkün oldukça girmemeye çalıştıklarını belirtmişlerdir. Lavabolarda deterjan olmadığını, ağır kokudan rahatsız olduklarını, taşan çöplerin görüntüsünden rahatsız olduklarını belirtmişlerdir.

Kamu hastanelerinde fiziksel unsurları değerlendiren katılımcıların bazı ifadeleri aşağıda belirtilmiştir:

K-1 Temizlik önemli. Ortam görüntüsü, yerler doktor odası, oturduğum yer lekeli mi? değil mi? diye dikkat ediyorum. K-2 Kaos her yer kirli gibi, temiz ve hijyenik değil, benden önce birileri oturmuştur ve temizlenmemiştir hissi oluyor. K-5 Hastanelerin daha temiz ve havadar olmalarını isterdim. K-7 Bazı hastaneler lavabolar leş gibi tertemiz olmalı. Duvarlara elimizi sürmemeye dikkat ediyorum. Hastaneler başlı başına mikrop yuvası olmuş. K-11 Devlet hastanesinde detaylı temizlik yapılmıyor üstün körü hızlı temizlik yapılıyor. K-19 Tuvaletler bakımlı olmalı bazen kapıyı bile kilitleyemediğim oldu. Peçete yoktu. Deterjan yoktu lavabolar tıkanmış göl gibi ırkılmıştı. Çok kötüydü. Aynı zamanda doktor odasına girdiğimde muayene edilen sedyenin üzerine ayrı bir örtü götürürüm. Sedye örtüsü olmadığını gördüm herkes aynı yere yatıp yatıp kalkıyordu. K-20 Çalışanlar yer ve lavabo temizliğine dikkat ediyorlar fakat yerler nemli kalıyor. Temizlik kalabalık ortamda yapıldığı için yürüyen insanlar çok fazla daha fazla temizlik yapılmalı. K-21 Hijyen sanitasyon önemli görsel olarak. Temiz bir koku veya insanı rahatlatıcı bir atmosfer varsa bu size güven veriyor güvenli hissediyorsun eğer kalabalık varsa ter kokusu vs var ise burada hemen işini hallet ve git hissi veriyor. K-24 Hastanenin temizliği özellikle lavabolar doktorun muayene ettiği yerin temiz olması önemli. K-26 Koridorların ve umumi tuvaletlerin temizliği, bekleme koltuklarının ve muayene yerlerinin temizliği önemli yeterli dezenfektan bulunmuyor lavabolarda olmadığını da gördüm. K-28 Hastaneler çok pis ve bakımsız. Leş kokuyor. K-29 Temizlikçiler çok rahat yeterli temizlik yapılmıyor. K-32 Hijyen açısından asla asla diyorum. Çok pis su dökmek kadar güzel bir şey yoktur. K-36 Yeni bir hastane yapılmış yerler yüzeyler çizik çizik eski malzemeler parça parça kullanılmış. Üç günlük hastanenin tavanı akıyor. K-37 hastayım ben. Doktor kan ve idrar tahlili istiyor. Lavabolara girilmiyor. Selpaklar yerlerde ıslak ıslak insan çekiniyor girmeye temizlikçiler görmüyor mu? İğrenç! K-38 Önce hijyene bakarım içerisinin temizliği dezenfekte olmalı ağızına kadar dolu çöpleri görmemem gerekiyor. K-44 Personel kılık kıyafetleri salaş değil ama sigara kokan bir sağlık personeli şahsen çok itici olabilir. K-45 Özellikle röntgen ve ultrason kısmında problemler yaşadım. Böcek olayı pis koku gibi. K-57 Koltuklara oturmamaya lavaboları kullanmamaya çalışıyorum. Lavabolara bazen çok kirli oluyor. Moral bozucu şeyler. K-66 Girdiğim anda hijyene bakarım kapı kolları kırık dökük lavabolar kirli, deterjan eksikliği peçetesi, duvarlara baktığımda kırık dökük olmamalı. K-70 Hastanelerde temizliğe çok dikkat ederim. Mümkün olduğunca lavaboları kullanmak istemem. Üst

düzyer hizmet olmalı temizliğe çok dikkat edilmeli. K-81 En basit örnekle kokudan tuvaletlere giremiyoruz. Kan var hastalardan dolayı oluyor. K-83 Temizliğe çok dikkat ederim. Öncelik tuvaletler. İnsan girmeye çekiniyor.

Katılımcıların %10,753' ü (10 kişi), hastanede yatış yapıldığında yattıkları servislerde yatak temizliğine dikkat ettiklerini ifade etmişlerdir. %10,527'i (10 kişi) doktorun muayene ettiğı odanın temizliğine ve özellikle muayene edilen sedyenin örtüsünün tek kullanımlık örtüler olup olmadığına dikkat ettiklerini belirtmişlerdir. Katılımcıların %26,882'si (25 kişi) bekleme yerlerinin aşırı kalabalık olduğundan bu durumun tedirginlik yarattığından ve işlerini bitirir bitirmez kendilerini dışarı attıklarını belirtmişlerdir.

Özel sağlık kuruluşlarını tercih eden katılımcılar, fiziksel unsurları değerlendirirken, bazı hastanelerin park sorunu olduğundan, bina iç dizayn olarak konforlu bulduklarını hijyen noktasında beklentilerin karşılandığını ifade etmişlerdir. Katılımcıların personelin kılık kıyafetine dış görünüşüne dikkat ettiklerini özel hastanede çalışanların daha bakımlı ve temiz görünümlü olduğunu devlet hastanesinde çalışan personelin özellikle temizlik görevlilerinin öz bakım noktasında ciddi eksiklikleri olduğunu gözlemlediklerini belirtmişlerdir.

Katılımcıların %10,753' ü (10 kişi) hastaneye giriş ve çıkışlarda otopark sorunu yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Bu ifadelerin bazıları aşağıdaki verilmiştir:

K-84 hastanede acile ambulanslar yanaşmaya çalışıyor. İnsanlar yanlış park etmişler. Park sorunu oluyor. K-53 Hasta hastaneye ulaştığında otopark sorunları yaşıyor. Engelliye yönelik araç olmalı. K-20 Otopark sorunu hep var. Hastaların giriş yerlerinde arabalar var. Bir düzensizlik hâkim. K-4 Araba için park sorunu hep var.

4.5.3. Güvenilirlik

Güvenilirlik, vaat edilen hizmetin söz verildiğı zamanda doğru ve güvenilir bir şekilde tam olarak yerine getirilmesini ifade eder.

Bir sağlık işletmesi sık sık hata yapar ve vaat ettiğı hizmeti veremez ise, müşteriler işletmeye güvenlerini kaybedebilirler. Güvenilir olmayan bir hizmetin yerine ne personelin yakın ilgisi ne de özür dilemesi yeterli olmayacaktır. Müşteri o an işletmenin o hata karşısında özür dilemesini mazur görse de yaşanan kötü deneyim

hizmeti olumsuz etkileyecektir (Öztürk, 2019). Bu yönden yapılan araştırmada, katılımcıların aldıkları hizmeti değerlendirirken, güvenilirlik boyutu kapsamında değerlendirmeler yaptıkları, güvenilirlik boyutu ifadelerinin aynı anda anlatıldığı görülmektedir. Güvenilirlik boyutu ifadelerini değerlendiren katılımcıların oranı % 68,817 (64 kişi) dir. Geçmiş deneyimlerini ve beklentilerini dile getiren katılımcıların birçok sorunu dile getirdiği görülmektedir. İstedikleri zaman randevu almak isteyen hastalar, yoğunluktan ve personel eksikliğinden kaynaklı olduğunu düşündükleri sıkıntı yaşadıklarını ve istedikleri zamanda istedikleri doktora muayene için randevu alamadıklarını belirtmişlerdir.

Hizmet kalitesi boyutlarından güvenilirlik boyutunun kapsamına giren hizmetin belirtilen zamanda yerine getirilmesi ve sıra beklemek istemeyenlerin yaptıkları değerlendirmelerde; gittikleri sağlık kuruluşlarında hizmetin belirtilen zamanda yapılmasını, sıra beklemek istemediklerini ifade eden katılımcıların oranı % 43,011'dir (40 kişi).

Katılımcılar, hizmetin ne zaman yerine getirileceğini personellere sorduklarında net cevaplar alamadıklarını oysa hizmetin belirtilen zamanda yapılması gerektiğini aksi durumla karşılaştıklarında tedirgin ve mutsuz olduklarını şu ifadelerle belirtmişlerdir:

K-1 Gittiğiniz hastanede sıra beklememek çok önemli. Bunun için devlet hastanelerini değil özel hastaneleri tercih ediyorum. K-4 Bir ay içerisinde sıra veriyorlar. Sıra bekleten hastaneleri beğenmiyorum. Kısa süre içerisinde doktorla yüz yüze olmak isterim. K-5 İşlemler hızlı olmalı. Daha az sıra beklenmeli. K-14 Yoğunluktan dolayı sıralar aksıyor. Randevulu gitmeme rağmen aradan girenler olduğu için süreç uzuyor. K-24 Yoğunluktan dolayı sıralar aksıyor. Randevulu gitmeme rağmen aradan girenler olduğu için süreç uzuyor. K-25 Hızlı hizmet alıp çok beklememek çok önemli tabi. K-55 Doktorun zamanında ofisinde bulunması önemli zaten hastasın bekleyince insanın morali bozuluyor. Daha hizmet endeksli olmalı. K-49 Hastanın saati geldiğinde içeri girmeli doktor yeterli zaman ayırmalı. K-63 Uzun süreli sistem randevu vermiyor. 8-10 gün sonrasına geç veriliyor. Hastaneden hizmet alma hevesi kalmıyor- 64 Köyden gelen insanlar hizmete ulaşamadıkları oluyor sabahtan bitecek işleri akşama kadar uzayabiliyor. K-75 Sıra beklemek sinirini bozuyor. Doktor zamanında gelmiyor aradan girenler oluyor. K-82 Diş hastanesinden sıra almak için çok uğraştım 15 gün sonraya en erken gün veriyorlar. Tanıdığınız yoksa bu böyle. K-91 Her hasta öncelikli

hasta bence öncelikli olmuyor bence çünkü onların bazen genel durumu daha iyi olabiliyor. Biz hasta olduğumuz halde daha çok bekliyoruz. Bence bu düzenleme tekrar gözden geçirilmeli.

Yapılan görüşmelerde katılımcıların % 25,806'sı (24 kişi) hasta olduklarında yaşadıkları yerin devlet hastanesinden diledikleri zaman muayene olmak için randevu alamadıklarını belirtmişlerdir. Çok geç tarihlere randevu verildiğini, istenilen zamanda sağlık hizmeti alamadıklarını tedavi sürecinin aksadığını mağdur olduklarını sonuca hızlı ulaşmak ve tedavi sürecini tamamlamak için il dışındaki özel hastaneleri tercih ettiklerini belirtmişlerdir. Katılımcıların çarpıcı ifadeleri şöyledir:

K-23 Burada randevuya uyulmuyor birileri kayırılıyor. Bilgisayar bozuk muayene edemiyoruz diyorlar. K-51 Randevu alamadığım çok oluyor. Ya da bir ay sonraya veriliyor. Bu süreç de hasta iyileşiyor. K-66 Burada randevu alamıyoruz. Hastanenin mi devletten mi kaynaklanıyor bilmiyorum. K-90 İstediyim bölüme randevu alamıyorsunuz. Bir ay önceden başlıyorum randevu almaya kontrollerim için.

Maddi durumu iyi olan hastalar özel hastaneleri tercih ettiklerini randevu saatine uydukları müddetçe gittikleri hastanelerde bekletilmediklerini ifade etmişlerdir. Ancak bu durumun kendileri için, maddi ve manevi olarak büyük yük getirdiğini tedavilerinin sonuçlanmasına karşın, büyük zaman kaybı yaşadıklarını özellikle ifade etmişlerdir.

Tedavi sürecinde doktor muayenesinden sonra Özellikle radyolojik işlemlerde yeterli cihaz olmadığını Mr, Tomografi, Ultrason gibi görüntüleme işlemleri için çok geç randevu verildiğini bunun hekim eksikliğinden kaynaklanıyor olabileceğini ifade etmişlerdir. Bu süreçte hastalıklarının ilerlediğini ya da iyileştiklerini ifade etmişlerdir. Birçok kişi il dışındaki özel hastanelere gittiklerini maddi ve manevi açıdan ve zaman kaybı yaşadıklarından bahsetmişlerdir. Katılımcılardan % 23,656'sı (22 kişi) tedavi sürecinde görüntüleme ve radyolojik cihazların eksikliğinden veya personel eksikliğinden kaynaklı olduğunu düşündükleri geç randevu aldıklarını hemen sonuca ulaşamadıklarını kaynaklı geç randevu verildiğini belirtmişlerdir. Katılımcıların kendi ifadeleri aşağıda belirtilmiştir:

K-12 İstediyiniz zaman randevu alamıyorsunuz. Röntgen ya da Mr sonucu bir hafta bir ay sonra çıkıyor düzeleceğini sanmıyorum. K-17 Randevular 1,5 ayda veriliyor.

Ultrasonda çok sıra oluyor. Bir ay sonraya sıra veriliyor. Hasta ölür o sürede. Her hastanede Mr eski cihazların değil yeni cihazları olmalı. K-20-Mr ya da Tomografinin çok uzun sürelerde verilmesi ya da o tahlilin yapılmaması olumsuz şeylerdir. Teçhizat bakımından yeterli olmalı beklememem lazım. Mr mı o gün çektirmeliyim. K-24 Gittiğim devlet hastanesinde aynı gün her işimi bitirebiliyorum. Mr varsa o biraz sonraya kalabiliyor. K-26 Mr radyoloji konusunda bir ay iki aya randevu vermeleri biraz insanları sıkıntıya sokuyor. Bütün insanların problemi bu. Bir tanıdık varsa 3 güne düşürülebiliyor bu süre. K-27 Gittiğim devlet hastanesinde bazı yetersizlikler var örneğin bir Mr çektireceksin 20 gün sonraya randevu ya da ultrason bir hafta sonraya veriyorlar. Cihazların sayısı artırılmalı. K-42 Mr için çok geç gün veriyorlar. vBeklerken çok zorlandığım oldu. K-66 Burada da gerekli donanım olsa keşke. Mr çekilecek ya cihaz bozuk ya da sonraya randevu veriyorlar. Hâlbuki ki o gün işlemler bitmeli. K-81 Sıra beklemekten bir Mr için bile günlerce sıra beklediğim oldu. 20 gün sonra sonucunu almaktan bıktım.

Aldıkları hizmetin doğru ve güvenilir olmasını düşünen katılımcıların oranı % 39,785'dir (37 kişi). Doktorların doğru tanı koymaları ve buna yönelik tedavi sürecini doğru yönetmeleri gerektiğini, tedavi sürecinde izledikleri yola dikkat ettiklerini, koyulan teşhisin doğruluğunu başka yerlerde ikinci kez teyit ettirmek istemediklerini ifade etmişlerdir. Bu konuya değinen katılımcıların ifadeleri şu şekildedir:

K4- Teşhisin doğruluğunu kanıtlamak istiyorum farklı doktorların görüşlerini alıyorum. Mr sonucumu mesela farklı doktorlarda göstermek isterim doğru sonuca ulaşmak için demiştir. K- 87 doktorun Yaptıkları açıklamalar güven veriyor bana. Başka bir yerden teyit ettiğim zamanda aynı sonuçları alıyorum diyerek teşhis noktasında doktorun güven vermesi gerektiğini belirtmiştir. K-31 Doktora derdini anlatabilmek güvenebilmek çok önemli şikâyetlerimizi anlatınca tecrübesine inandık giden hastalarıyla konuştuk. Biz o güveni verdi. Bilgisine ve tecrübesine güvendik diyerek doktorun bilgi ve tecrübesinin önemine değinmişlerdir. K-61 Her zaman hastalıklarda farklı tedavi yöntemi ve teşhisler koyuldu. İster istemez başka yerlerde teyit ettirmek zorunda kaldım birkaç kez.

Güvenilirlik boyutu içerisine giren fiyatta şeffaf ve vaat ettiği hizmeti verme noktasında katılımcıların % 31,183'ü (29 kişi) özel hastanelerin ücret politikalarını eleştirmiştir. Eleştirilerini şu ifadelerde belirtmişlerdir:

K-1 Hastanelerin ücretlerini kıyaslıyorum. Sürekli kontrollere gidiliyor yüklü bir meblağ ödüyorum. Hastanelerin ücretlerini kıyaslıyorum. Bize sendika indirimi uygulanıyor İndirimler çocuklar için uygulanmıyor. Her gittiğimizde tahlil isteniyor elimizde olanı tekrar istiyorlar. K-3 Eksik ya da yanlış tedavi uygulandığında Ücret ödediğinizde oranın kaliteli olmadığını gösterecektir. Diğer hastanelerle aralarında fazla ücret farkı olmamalıdır. K-20 Bazı hastanelere gidiyoruz muayene ücretinde bir standart yok. Fatura verilmiyor. Resmiyette var ama uygulama yok. K-24 ücret de benim için çok önemli sendika indirimi olan hastane tercih ediyorum. K-30 İnsan odaklı bir sağlık hizmet sunulmuyor. Para odaklı bir sağlık hizmeti sunuluyor. K-40 Bazı yerlerde gereksiz tahliller istenerek fazla ücretler ödeniyor. K-45 Sormazsan şeffaf olamıyorsun şeffaf olmalarını beklediğimiz anlar oluyor bunlar işte fiyattır ya da son anda gelen zamlar gibi. K-80 Ücret almak için lüzumsuz yere tahlil istedikleri yaptırdıklarını gördüm. Elimizde olan tahlilleri istemeyip yeniden yaptırıyorlar bence bu para tuzağı.

4.5.4. Duyarlılık (Heveslilik)

Sağlık hizmetinin hızlı bir şekilde zamanında verilmesi, çalışanların hastalara yardım etme ve hızlı hizmet sunma istekliliği. Yapılan çalışmada hizmet kalitesini değerlendiren katılımcılar çalışanların hizmet konusunda hazır ve istekli olup olmadıklarına dikkat ettiklerini, hastanede karşılamayla başlayan hizmetin uğurlamayla son bulduğunu ifade etmişlerdir. Bu süreçte personelin yaklaşımına dikkat edenlerin oranı % 66,667 (62 kişi) olarak bulunmuştur. Kamu hastanelerinde aldıkları hizmeti değerlendiren, tedavi sürecinde, personelin yaklaşımından etkilenen katılımcılar görüşmelerde hastanelerde aldıkları hizmet kalitesini değerlendirirken, çalışanların müşterilere yardım etme ve hizmet konusunda hazır ve istekli oluşunu ya da olamayışlarının sebeplerini kendi bakış açılarına göre farklı şekillerde ifade etmişlerdir. Devlet hastanesine yönelik olarak hastaların % 36,559'u (34 kişi) çalışanların hizmet konusunda hazır ve istekli olmadıkları ve gereken yardımı gösteremediğini belirtmişlerdir. Katılımcılardan % 30,108'i (28 kişi) ise eskiye göre daha iyi hizmet verildiğini, çalışanların öz verili ve yardım sever olduklarını belirtmişlerdir. Özel sağlık kuruluşlarını tercih eden katılımcıların bahsedenlerin tamamı (26 kişi) müşterilere yardım etme noktasına değinmişler ve çalışanların ilgili ve yardım sever olduklarını, hizmeti zamanında aldıklarını, hizmetten son derece

memnun kaldıklarını belirtmişlerdir. Özel sağlık kuruluşlarında hızlı ve sistemli hizmet aldıklarını kamu hastanelerinde daha yavaş hizmet verildiğini ve daha çok bekletildiklerini belirtmişlerdir. Bazı katılımcıların ifadeleri şöyledir:

K-2 yüzünüze bile bakmadan, beş dakika bile konuşmuyor, gönderiyor; zaten kapıdan girmek için bir sürü zaman kaybettim, bir günde 60 hastaya bakmak(yoğun ama yine de ilgilenilmesi isteniyor)

K-8 En son yattığım özel hastanede hasta bakıcı ve hemşireler çok yardım severdi. Biz yaparız biz ederiz siz rahatsız olmayın sonuçta bir hizmet satın alıyorsun. Ama parasıyla alıyorsun mutlu olmak ister insanlar ya da ilgilenildiğini hissetmek isterler. Beklenti en çok bu nokta da bence. K-10 Hekim ve sağlık çalışanlarından yana hiçbir sıkıntı yaşamadım. Ama sadece o memur denen kişilerden hiç güler yüz görmedim. Şahsım adına güler yüz gösterilmeli insan hastanelerde insan gibi muamele bekliyor haliyle... Adamına göre muamele yapılıyor. K-11 Hekimler çok ilgisiz çalışanlarda hastanenin kapısından girip çıkana kadar hiçbir şeyi beğenmiyorum. İlgisizlik, vurdumduymazlık, Doktorun odasına girip çıkmamız bir oluyor. Yüzümüze bile hiç bakmadığı oluyor doktorun. K- 12 Hastanede doktordan çok sekreter var sanki vali yardımcısı gibiler insana muamele sıfır. Kaliteyi paramızla alıyoruz. İlgileniyorlar ilgilendiğini hissettiriyorlar. Buradaki ve oradaki değer vermeleri farklı. Burada doktor ters ters bakıyor. K-13 Özelde ilgi alaka daha iyi. K-17 Özel hastanelerde hemşireler çok yardımcı oluyor. Her şey hızlı yapılıyor K- 18 Sağlık çalışanları yoğunluktan stresleri çok oluyor ters tavırlara karşılaştığımız oluyor. Genel olarak profesyonel yaklaşıyorlar. Arada ufak şeyler oluyor. Kan tahlillerinde mesela hemşireler çok sert tavırlarla yönlendirmesi. K-22 Sıkıntılı olan hastalar ayırım yapılmadan güzel ve nazik karşılanmalı. Herkes sırasını bekler ama haksızlık olmamalı. Aynı gün içinde mümkünse bitmeli. İlçelerden gelenler var ertesi güne kalmamalı. O zaman işkenceye dönüşüyor. Çözüm odaklı olmalı. K- 22 Sık sık arıyorlar ilaçların yan etkisi var mı? Yok mu? Dozu yeterli mi diye arayıp soruyorlar. Aileden birisiymiş gibi davranıyorlar.

K- 24 Bazı yerlerde personel ekstra ilgi gösteriyor gibi. Memnuniyete daha çok bakılıyor. Daha güler yüzlü ve esnek davranıyor. K-26 Karşılamanın personelin ve doktorun yanındaki personelin tavrına ilgisine alakasına ve beni çağırış biçimine bile dikkat ederim. K-34 Yaşlılara hoş karşılanmalı. K-37 Kolum kırıldığında doktor

kendisi benimle alçı odasına gelerek beni sakinleştirdi. Sanki abim kardeşim gibi davrandı. K-44 İlgi benim için önemli doktorun yılmadan bazı doktorlarda hasta sayısı arttıkça doktorlarda ilgi azalması ukalalaşma hastalara karşı saygısızlaştığını gördüm. O an doktor değiştirdiğim olmuştu. K- 55 Doktorun yaklaşımına dikkat ederim sıcak karşılaması önemli. Sert mizaçlı olmaması gelen hastaya pozitif yaklaşması önemli. Birçok tabuyu kafamızdan silme açısından davranışı önemli. K-73 İnsanlar hasta olduğu için her konuda muhtaç gidiyorlar. En ufak ilgi alaka olmalı. Dikkatli özenli ilgisizlik alakalı olduğunda kendinizi çok kötü hissediyorsunuz. K-75 Kimisi de yüzüne bile bakmadan direkt bilgisayarda tak tak ilaç yazınca geçer deyince insan önemsenmediğini hissediyor. Bir dakika bile muayene gördüğüm oldu.

4.5.5. Güvence

Güvence boyutu çalışanların bilgili ve nazik olmaları ve müşterilerde güven duygusu uyandırabilme yeteneğidir. Müşterilerin fiziksel güvenliğini tehlikeye atmama, risk ve şüphe durumunun olmamasını, kendilerini güvende hissetmelerini ve mahremiyeti içermektedir.

Görüşmelerde katılımcıların gittikleri hastanelerde çalışanların davranışlarından olumlu ya da olumsuz direkt etkilendiklerini belirtmişlerdir. Bazı katılımcılar Sağlık hizmeti alırken zaten hastalık psikolojisiyle gittiklerini üzgün ve mutsuz hissettiklerini, hastalığın verdiği huzursuzluk ve tedirginlik yaşadıklarını personelin olumsuz davranışıyla karşılaştıklarında sert tepki gösterdiklerini veya sesiz kalarak bir daha aynı yere mecbur kalmadıkça gitmemeyi tercih ettiklerini belirtmişlerdir. Hastalık psikolojisi içerisinde oldukları kendilerini korunmasız ve muhtaç hissettikleri için güven içinde özellikle yataklı kısımlarda emniyet olarak da güven içinde olmaları gerektiğini ifade etmişlerdir.

Sağlık kuruluşlarında aldıkları hizmeti güvence boyutu içerisinde çalışanların bilgili ve nazik olmaları ve güven duygusu yaratabilmeyi değerlendiren katılımcıların oranı % 80,645 (75 kişi) güvence boyutuna ilişkin değerlendirmede bulunmuştur. Kamu hastanelerini değerlendirenlerin oranı 47,312'dir.(44 kişi) Özel sağlık kuruluşlarında çalışanların davranışına değinen katılımcıların oranı % 33,333'dür (31 kişi) çalışanların kendilerine iyi davrandıklarını cana yakın olduklarını hizmetin

başlangıcından sonuna kadar aynı yaklaşım içinde olduklarını ve çalışanların nezaketine çok dikkat ettiklerini ve memnun kaldıklarını belirtmişlerdir.

Kamuda çalışan doktor ve hemşirelerin çalışma şartlarının ağır olduğundan, özellikle hekimlerin daha az hasta bakarlar ise daha iyi hizmet verebileceklerini, çalışanların gergin ve agresif olmasını uzun çalışma saatlerine bağlı yorgunluktan kaynaklandığını ifade etmişlerdir. Özellikle kamu hastanelerinde doktorun yanında çalışan sekreterlerin tutum ve davranışlarından hoşnut kalmayan katılımcıların ifadeleri aşağıda belirtilmektedir:

K-12 Bir hastanede dört dörtlük bir şey istemiyorum. Sadece hastalarla ilgilenseler rutin olanı yapsalar benim için yeter. Hastayı iyi karşılarsın normal ilgilenilsin yeterli. Dört dörtlük hizmet olmaz hiçbir zaman. K- 13 Doktordan daha çok fonksiyonu var sekreterlerin daha havalı. Bazıları insanın yüzüne bile bakmıyorlar ama doktor öyle değil. K-16 Devletin kendi imkânlarından kaynaklı olduğunu düşünüyorum. Onun için beklentilerim ona göre oluyor devlet hastanelerinden. Doktorların hasta sayısı az olsaydı daha iyi hizmet vereceklerini düşünüyorum eğer imkânları olsaydı daha güler yüzlü, daha fazla zaman ayırabilirlerdi. Personel tutumu özveri yüksek. Devlet yapmalı bir eksiklik var ki yerini başka kuruluşlar dolduruyor. K-18 Arada ufak şeyler oluyor. Kan tahlillerinde mesela hemşireler çok sert tavırlarla yönlendirmesi. Otur kalk yat diyorlar. Hastalık psikolojisi fazla oluyor böyle bir şeyle karşılaşınca sürtüşmeler olabiliyor. Bazı doktorlar kapıyı vurmadan girdin çık dışarı demeleri böyle şeyler duyuyoruz. K-21 İnsan kaynakları doğru yönetilmeli. Güler yüzlü karşılanmalı ilgisi alakası da hastalığın yükünü hafifletmektedir. K-24 Özel hastanelerde personel ekstra ilgi gösteriyor gibi. Memnuniyete daha çok bakılıyor. Daha güler yüzlü ve esnek davranıyorlar. K 29 Kraldan çok kralcılar çok havalılar tanıdıklarını araya sokuyorlar. Çok fazla sekreter var böyle. K-31 Çalışanların insancıl olması çok önemli. Zaten bir sıkıntıyla gidiliyor oraya. Zaten hasta olarak gidiyoruz ters bir tavır gördüğümüzde huzursuzluk ve gerginlik yaratıyor. Ters bir tutumla karşılaştığımızda olduğunda güvenli bir ortamdayız rahat rahat tedavimizi olup gideceğiz diye düşünüyörüz. K-38 Numara veren çalışanların burada çok incitici davrandıklarını gördüm. K-39 Sağlık aynı zamanda psikolojik bir iş. Bunu dikkate almak gerek. Size gelen insan bir son çare olarak derman almak için geliyor. Korkuyla geliyor. İyi bir hizmet vermek istiyorsa sağlık kuruluşu önce bütün ekibinin bu

anlayışla yola çıkması lazım. K-44 Birçok hastane ortamında bu ilgiyi bulamıyorsunuz. Kalabalıktan dolayı sayı arttıkça ilgi azalıyor. Çok rağbet gören bir doktora kalite bir yerden sonra bozuluyor ilgi azalıyor. Sen git yeni hasta gelsin sen git yeni hasta gelsine dönüyor. K-45 Hasta güvenliği önemli ben oraya geleceğim bilinçsiz olacağım uyuyacağım beni koruyacak bir yer olmalı. Kaldı ki kapıdan girişten itibaren kendini güvende hissetmek istiyorsun hem maddi olarak hem de hastalığımı çözecek mi ya da doğru yer mi diye... K-47 İnsanlar bazı yerlerde hırpalanıyorlar. Ürküyorum. Hastaya gereken ilgi ihtimam gösterilmeli olması gereken ilgi. K-48 Gittiğim özel Doktorlardan memnunum. İnsanlara yaklaşımı karşılıklı sıcak yaklaşımı beni mutlu ediyor. K-50 Bazı doktor ve hemşireler kanıksamış o personeller ayrılmalı. Yüz ifadeleri çok resmi ve soğuklar pozitif değiller. Neden böyle neden hastaya şefkat gösterilmiyor. Neden hemşireleri kimse korkuyorlar sevmiyor. Yorgunlar çünkü. Hastayı şımartırız diye korkuyorlar oysa hastanın şefkate ihtiyacı var. Çok sık değiştirilmeli çalışma saatleri. Doktorların yaklaşımı her anlamıyla güven verici olmalı. Örneğin seninle ilgi şu işlemi yapılması uygun olur deyince karşıyı ikna edebilmeli. Güvenmek hekime gerekiyor. K-52 Çalışanların ilgisi çok önemli. Siz hastaneye gelen insana ona insanmış gibi hissettirirseniz diğer şeylerinde yakalanabileceğine inanıyorum. K-53 Kamuda doktorlarda bıkkınlık yorgunluk hemşire ve yönlendirme yapan danışman arkadaşların yorgunluktan süregelen bir bıkkınlıklarının olduğunu gördüm. Sağlık çalışan sayısı az olduğu için personelde bıkkınlık var. Hekimler yorgunluk ve bıkkınlıktan dolayı verimin düştüğüne inanıyorum. K-56 Surat asan memnuniyetsiz ifadeyle karşılayan doktorlar var. Hasta yoğunluğundan dolayı olmalı. K-58 Bazen acil kısmında doktorların çok yorgun olduğunu ve sabırlarının kalmadığını gördüm. Ama ellerinden geleni yapıyorlar. K-62 İşini iyi yapan doktorlar da var. İşini yapmaktan yorulmuş olanlarda. Ama dış hastanesi genelde kötü. Skor yapmaya çalışan skorcular gibiler. K-63 Acilde çalışan personelin yaklaşımı acilde çalıştıkları için olsa gerek hasta yakınlarına acil giriş kısmında sert davranış sergiliyorlar. K-65 Doktorun yanında çalışan kişiler daha çok rahatsız edici tavırlar içinde oluyorlar. Yaşlı ve köyden gelen davranışları beni çok sinirlendiriyor. Ama doktor anlamında bir sıkıntı yaşamıyoruz. Doktordan çok doktorculuk oynayan personellerle karşılaşmak insanı üzüyor. K-71 Doktor kendini bazen iyi hissetmeyebilir. İşine yansıtması gerekir. Ruh hali değişebilir anlıyorum tabi onları ama. K-78 gittiğim özel doktoruma güvenim sonsuz. Geri dönüş yapıyor

mesaj attığımda arıyor. K- 89 Bazı doktorlar üstün körü bakıyorlar. Ayrıntılı bakmıyorlar. Memnun kalmıyorsun özele gidiyorsun sonuç alabiliyorsun. Neden burada o sonucu alamıyoruz. Sonuçta hepsi tıp eğitimi alıyorlar. K-92 İyi davranış ve hoş görü beklerim. İyi doktor geçirirmez incelikli muayene ederek teşhis yazıp gönderiyor kimi de oturduğu yerden muayene ediyor. O bana güven vermiyor.

4.5.6. Empati

Çalışanların kendini hastanın yerine koyabilmesi ve onların ihtiyaçlarını anlaması, kişisel ilgi göstermeleri ve bu konudaki duyarlılığıdır. Hastaların empati boyutuna yönelik kalite algısını yükseltecek ya da düşürecek çalışanların tutum ve davranışlarıdır. Yapılan görüşmelerde katılımcıların % 58,065'i (54 kişi) yaptıkları değerlendirmelerde empati boyutuna ilişkin değerlendirmelerde bulunmuştur. Gittikleri özel ve kamu sağlık kuruluşlarını empati boyutuna göre değerlendirmeleri, çalışanların hizmet konusunda hazırlıklı ve istekli olup olmadıklarına göredir. Kamu hastanelerini tercih edenlerin oranı % 39,785 (37 kişi) oranında empati boyutuna ilişkin değerlendirmelerde bulunmuştur. % 18,280 (17 kişi) Özel sağlık kuruluşlarına ilişkin değerlendirmelerde bulunmuştur.

Çalışanların özel hastanelerde daha güler yüzlü olduğunu, ilgiyle karşılandıklarını, işlerini kolayca hallettiklerini ve çok bekletilmediklerini ifade etmişlerdir. Kamu sağlık kuruluşlarında geç randevu aldıklarını bazen randevuların haber verilmeden iptal edildiğini, muayeneden önce çok bekletildiklerini, çalışanların yorgun ve memnuniyetsiz olduklarını bunun iş performansına yansıdığını ve çalışanların hizmet sırasında çok istekli olmadıklarını belirtmişlerdir. Hizmet konusunda özel sağlık kuruluşlarıyla kamu kuruluşları arasında bariz farklar olduğunu belirtmişlerdir. Katılımcıların ifadeleri aşağıda verilmektedir:

K-2 Gittiğim özel muayenehanedeki ilgi alaka çok iyi. Güler yüz, sorularıma hızlı cevap verilmesi çok iyi. K-21 Sağlık çalışanlarının her psikolojiye göre bir olumlu mesajlar vermesi gerekir. Anlayışlı olmalarını beklerim. K-23 özel hastanelerde ilk girişte hastalara yol gösteriliyor psikolojik olarak rahatlatılıyor. Hekimin tavsiyeleri ve sizi anlaması ilgi göstermesi diğer sağlık çalışanlarının da aynı şekilde olması. Memnuniyet katsayısını yükseltiyor. K-35 Hasta Bakımına doktorların insanlığına çok dikkat ederim. Güler yüz tatlı dil hizmet, hastaya moral veriyor. K-40 Doktorların

ilgisiz olduğunu düşünüyorum. Kimisinin iş yoğunluğundan kiminin de insanları önemsemediğini düşünüyorum. Yani hastaları bir obje gibi görüyorlar empati kurmadıkları içinde hastalarla ilgilenmiyorlar. K- 51 Devlet hastanelerinde doktorların anlayışla güler yüzle verdiği hizmet güzel. Karşıdaki kişiyi kendi seviyesinde görerek anlatıyor. K-42 Güler yüze ve ilk karşılamaya bakarım sonra doktorun iletişimimin ihtiyacımı karşılaması olumlu sonuçlanması önemli. K-43 Yaşlı genç demeden köylü demeden insan seçmemeleri lazım. Köylü geldiği zaman yüzüne bakmıyorlar. Ama kravatlı biri geldiğinde buyurun efendim yardımcı olayım diyorlar. K-44 şu an ki doktorum da her gidişimde aynı samimiyeti aynı ilgiyi her gidişimde buluyor olmama. Her şeyi anlatıyor olması ve gittiğim yerde rahat olmayı isterim. K- 63 Acilde çalışanların motivasyonlarının yüksek olması gerekir. Acilde çalışan personelin yaklaşımı acilde çalıştıkları için olsa gerek hasta yakınlarına acil giriş kısmında sert davranış sergiliyorlar. K- 65 Hastanede güler yüze çok dikkat ediyorum. Kişinin özel sorunlarını hastaya çok yansıtmaması hoşuma gitmiyor. Karşısındakinin bir birey olduğunu anlamalarını isterim. İlgi alaka beklerim zaten sıkıntıyla gidiyorsunuz gösterilen ilgi alaka o hastaneden memnun kalmanızı sağlayan birinci neden. K-71 Anlayış güzel ilgili hizmet karşılıklı konuşarak derdimi anlattığım da anlaşılacak isterim. Doktor kendini bazen iyi hissetmeyebilir. İşine yansıtmaması gerekir. Ruh hali değişebilir anlıyorum tabi onları. K- 76 Karşısındaki insana indirgemesi gerekir kimi çok üstten bakıyor. İletişimi iyi tutmak gerektiğini düşünüyorum. Sadece hasta olarak bakmamak gerekiyor insan olarak görmeli iyi iletişim kurmalı. K- 79 Çalışan memurlar hemşireler vatandaşa karşı saygılı olması lazım. Doktor da orada yılmadan hastaya cevap vermelidir. Hadi oradan dememelidir. K- 88 İletişim çok önemli karşılaması güler yüz karşılama şekli çok önemli. Kapıdan girdiğinde hizmet başlıyor. İşin bitip çıkana kadar cevabını bulmuş olman gerekiyor. Tedavini % yüz alamamış olabilirsin ama ruhen arınmış olman gerekiyor. Çok sıra bekletilmemelisin. Doktor seni azarlamamalı.

4.5.7. Bilgilendirme

Bilgilendirme hizmet süreçlerine ve durumuna ilişkin gerekli bilgilendirmelerin yapılması, bilgi alabilecek kaynakların bulunmasını ifade etmektedir. Bu kapsamda özellikle bu hekimin hastaya hastalığıyla ilgili yeterli bilgi verme, açıklama yapma, tedavisiyle ilgili yapılacak tetkikleri açıklama, yapılacak işlemlerden önce onam alma

ve tedavi sürecinin hastanın anlayabileceği şekilde açıklaması çok önemlidir. Ayrıca hastaların yapmaları gereken işlemlere yönelik bilgilendirilmesi de hizmet kalitesi açısından önemli bir unsurdur.

Hasta beklentilerinin karşılanması açısından bilgilendirme boyutu memnuniyeti artıran önemli bir etkiye sahiptir. Nitekim bilgilendirmenin önemine değinen katılımcılar, yaptırdıkları her işlem öncesi çalışanlardan bilgi aldıklarını belirtmişlerdir. Bu süreç de birçok sıkıntı yaşadıklarını, bilgilendirmenin tedavi sürecinin sağlıklı yürütülmesi açısından hayati önemi olduğunu vurgulamışlardır. Bazı katılımcılar, doktorlar ve diğer sağlık çalışanlarıyla sağlıklı bir iletişim kuramadıklarını sekreterlerin bilgilendirme noktasında ilgisiz kaldığını, hemşirelerin çalışma yoğunluğundan yeterli zaman ayıramadıklarını ve tedavi sürecinde gereken bilgilendirmeyi yapamadıklarından bahsetmişlerdir. Doktorların ise, çalışma şartlarının yoğunluğundan dolayı muayene için yeterli zaman ayıramadığını hastalıklarıyla ilgili geniş bilgi alamadıklarını, özellikle kamu hastanelerinde hekimlerin doğru teşhis noktasında sadece tetkike yöneldiğini ya da hızlı reçete yazarak hastayı hemen gönderme gereği duyduğunu ifade etmişlerdir. Hekime iki soruyu üst üste soramadıklarını, çekindiklerini doktorun dışardaki hastayı almak için hemen işini bitirip göndermek istediklerini belirtmişlerdir. Doktorun yaklaşımının bilgilendirme noktasında çok önemli olduğunu, rahat soru sorabilmeyi cevaplar alabilmeyi sağlıklı iletişim kurabilmeyi, doğru önerilerde bulunulmasını, hastalığıyla ilgili doğru teşhisi koymalarını, ilaçların kullanımının anlatılmasını ifade etmişlerdir. Kamu hastanelerinde bilgilendirme birimlerinin olduğunu yaşadıkları bir takım olumsuzlukları buradan yardım alarak çözdüklerini belirtmişlerdir. Katılımcılar beklentilerin altında hizmet aldıklarında özel sağlık kuruluşlarını tercih ettiklerini belirtmişlerdir. Katılımcıların % 43,011'i (40 kişi) bilgilendirme boyutuna değinmişlerdir. Katılımcıların % 24,731'i (23 kişi) kamu hastanelerinde almış oldukları hizmetin bilgilendirme boyutuna değinmişler ve memnuniyetsizliklerini ifade etmişlerdir. Özel sağlık kuruluşları ile ilgili değerlendirme yapan katılımcıların % 18,280'i (17 kişi) çalışanların bilgi verme ve bilgi alma noktasında değerlendirmiş ve aldıkları hizmetten memnun kaldıklarını belirtmişlerdir. Muayene sırasında ve sonrasındaki geri dönüşlerden memnuniyetlerini dile getirmişlerdir. Hastalık sürecinde bilgilendirme boyutunun olmazsa olmaz olduğunu katılımcıların çarpıcı ifadeleri şu şekilde örneklemektedir:

K-2 Devlet hastanesinde sorulara gerekli cevapları veremiyorlar. Niçin beklediğim belirtilmiyor, doktorun ilgilenmesi; hastalığın ayrıntılı açıklanması; yüzünüze bile bakmadan, beş dakika bile konuşmuyor, gönderiyor; zaten kapıdan girmek için bir sürü zaman kaybettim diyorum içimden. Asla hekimliklerini sorgulamıyorum ama ruhen ve fiziken rahat olmalıyım, derdimi bir yarışta gibi anlatmak istemiyorum. K- 5 Devlet hastanesinde daha fazla zaman ayırmalarını, daha uzun beklentilerimi izah etmelerini isterdim. K-9 Yetkin kişilerce hasta ve hasta yakınlarına hastalığa ve tedaviye ilişkin bilgi verilmeli. İlaçların yan etkileri anlatılmalı. K- 11 Kamu hastanelerinde sekreterlerin ilgisiz olması yeterli açıklama yapmaması. K- 12 Özellikle hastaları karşılayan sekreterlerden şikâyetçiyim. Doktora bir şey soruyorsun mütevazı karşılıyor ama sekreterler öyle değil. K- 18 Hizmet aldığınız doktorun anlayacağınız dille konuşması yakın olması anlaşılabilir olması en azından yeme içmene dikkat et demek genel tavır ama bunları ayrıntılı anlatması bile kendine değer verildiğini hissettiriyor insana. Sonra o doktoru çevrenize de tavsiye ediyorsunuz. K- 52 Örneğin göz doktoruna gittiğimde göz tembelliği vardı bununla ilgili geçer mi geçmez mi vs. noktasında aydınlatıcı olmalı. Bilgilendirmeyi tam olarak almak isterim. K-31 Bir hastanın en çok beklentisi şudur iletişim kurabilmek. Tek isteği budur. Derdini anlatabilmek güvenebilmek. Şikâyetlerimizi anlatınca anlayabilmesi. K- 39 Doktora güvenmek çok önemli. Hastalığın çaresi anlatılmalı hasta tatmin edilmeli soru işaretleri kalmamalı. K-37 Bazı doktorlar gerçekten konuşturtmuyorlar bile. K- 40 Kamu hastanesinde en büyük sorun doktorların bilgi vermemesi. Empati kuramıyorlar. Sana anlayacağın detaylı açıklama yapmıyorlar. Bilgi açısından. Yapılan işlemlerle ilk kez karşılaşıyorsun. İnternette bakınca da korkuya kapılıyorsun. Doktor bilgilendirme yapmıyor. İnsanları memnun etmek zordur ama genel olarak özellikle kanser hastaları iyi bilgilendirilmeli. K-46 İlaçların içeriğini ve nasıl kullanılacağını doktorlar anlatmıyorlar ben eczacıya soruyorum anlatıyor. Kendim de okuyarak anlamaya çalışıyorum. K- 51 Kişi hastasını hastaneye getirdiğinde onun stresiyle aklın başında olmuyor. Şunu yap bunu yap dediklerinde şaşırıp kalıyorsun kimse yardımcı olmuyor. K- 76 Benimle ilgilenince daha çok hoşuma gidiyor şikâyetlerimi sorması ya da senin şuyun var deyip beni bilgilendirince ya da şunları yapma şunu yap demesini yani sağlıklı iletişim kurunca böyle kaale alındığımı düşünüyorum. K- 84 Adam akıllı hastalığınızla ilgili, bilgi almak istiyorsunuz o yok. Özellikle bu son dönemde daha çok arttı gibi. K- 88 Sorunumu

anlattığımda sorulardan çok duymak istediğimi onun beni görerek anlatması. K- 90 Sorduğum her şeye cevap almak isterim. Bilmediğim şeyleri sorarım doktorun ağzına bakıyorsun o ana çünkü hastasın. K- 91 Yoğun bakımda sadece bir kez hastadan bilgi alabiliyorsunuz. Bu yeterli değil bence.



5. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Çalışmada, hastaneden hizmet alanların aldıkları hizmet kalitesini değerlendirirken nelere dikkat ettikleri araştırılmış, bu unsurlar mevcut hizmet kalitesi literatürü kapsamında sınıflandırılmaya çalışılmıştır. Katılımcıların, sağlık hizmetini geçmiş tecrübeleri, çevresinin tavsiyeleri ve hizmet sunum sürecinden faydalanma sıklığına göre değerlendirdikleri görülmektedir. Sağlık hizmet sunum sürecinde, nelere dikkat ettikleri, hizmeti nelere göre aldıkları, nelerden memnun kaldıkları veya kalmadıkları şeyleri, hasta bakış açısına göre değerlendirdikleri görülmektedir. Belirtilen ifadeler Parasuraman, Berry, & Zeithaml (1985, s. 41-50) tarafından geliştirilen beş hizmet kalitesi boyutuna ek olarak bilgilendirme boyutu ve Groonros'un teknik hizmet kalitesine göre 7 boyut altında değerlendirilmiştir. Sağlık kuruluşlarında hizmet kalitesini değerlendirmek için yaptığımız çalışmada ServQual ölçeğinin hasta beklenti ve algılarını derinlemesine ölçmesi bu ölçeği kullanmamızda etkili olmuştur.

Yapılan araştırmada müşterilerin (hasta) hizmet kalitesi algıları değerlendirilerek kalite boyutları altında sınıflandırılmış ve şu bulgular elde edilmiştir. Demografik özellikler dikkate alındığında hizmet kalitesi algısının; cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim ve meslek gruplarına göre belirgin bir farklılık göstermediği görülmüştür. Bununla birlikte gelir düzeyine bağlı olarak hastane tercihleri değişkenlik gösterebilmektedir. Düşük gelirli hastaların kamu hastanelerini, yüksek gelirli hastaların özel sağlık işletmelerini tercih ettikleri ve beklentilerinin daha yüksek olduğu anlaşılmaktadır. Katılımcıların hizmet öncesi, sunum süreci ve sonrası değerlendirmelerinde çalışanların davranışlarından olumlu ya da olumsuz direkt etkilendiklerini, personelin kişilik özelliklerinin ve hasta çalışan ilişkisinin hasta memnuniyetini etkilediği görülmektedir.

Katılımcıların değerlendirmelerinde, müşterilerin beklentilerini etkileyen en önemli kalite boyutunun % 80,645 (75 kişi) ile güvence boyutu olduğu görülmektedir. Memnuniyet düzeyini çalışanların davranışları nezaketi, dürüstlüğü, hizmeti olumlu ya da olumsuz etkilediği katılımcıların ifadelerinden anlaşılmaktadır. Kamu hastanelerinde gereken ilgiyi göremediklerini, özel sağlık kuruluşlarında ücret politikalarını eleştirmelerine rağmen gitmeye devam ettiklerini, hizmetin

başlangıcından sonuna kadar çok kaliteli hizmet aldıklarını belirtmişlerdir. Katılımcılar kamu hastanelerinde gereken hizmeti alamadıklarını en fazla çalışanlarla olan diyaloglardan bahsettikleri, olumsuz kanaatlerin daha fazla anlatıldığı pandemi sürecinde patlama noktasına geldiklerini çalışanların agresif yorgun yeterince saygılı ve nazik olmadıklarını ifade etmişlerdir. Güvence boyutundan sonra en fazla güvenilirlik boyutunun % 68,817 (64 kişi) oranında katılımcıları etkilediği tespit edilmiştir. Sağlık hizmetlerinin doğrudan insan hayatını etkilediği, bu yüzden bekletilmeden geç randevu verilmeden veya verilen randevuların iptal edilmeden anında doğru teşhis ve tedavilerin uygulanması gerekmektedir. Katılımcılar, sağlık kurumlarına her mana da güvenmek istediklerini, sağlık çalışanlarının müşterilerin problemi olduğunda çözmek için gerekli çabayı göstererek samimi bir şekilde ilgilenmesi gerektiğini ifade etmişlerdir. Duyarlılık (heveslilik) boyutuna ait değerlendirmelerin, çalışanların hastaların isteklerine hemen cevap verme, yardım etme ve hızlı hizmet sunma istekliliği ve zamanında verilen hizmetin duyarlılık boyutu çerçevesinde olduğu görülmektedir. Bu süreçte personelin yaklaşımına dikkat edenlerin oranı % 66,667 (62 kişi) olarak bulunmuştur. Katılımcılar, kamu hastanelerinde randevulu gitmelerine rağmen bekletildiklerini, hizmet saatinin belli olmadığı, yeterli açıklamanın yapılmadığı, özel sağlık kuruluşlarında daha hızlı hizmet aldıklarını, çalışanların yardım etmeye daha hevesli olduklarını ve meşguliyet belirtmediklerini ifade ettiği görülmektedir. Ayrıca, probleminin hasta yoğunluğundan kaynaklandığını belirtmişlerdir.

Yapılan görüşmelerde sağlık işletmelerinde sunulan hizmetin güvenilirlik boyutu ile güvence boyutu ve heveslilik boyutu arasında belirgin bir farklılık olmadığı, üç boyutun birlikte değerlendirildiği, hizmetin kusursuz olarak güvenilir biçimde yerine getirilmesi için, çalışanların ilgili, hevesli, yardımsever olmalarının müşterilerde güven duygusu uyandıracığı ve hizmet kalitesini etkileyeceği görülmektedir. Fiziksel unsurların % 62,366 oranında (58 kişi) memnuniyet düzeyini etkilediği tespit edilmiştir. Hastanelerin hijyen ve modern araç-gereç ve donanım olarak yeterli düzeyde olmasının, iç mekan konforu, düzgün görünüm, aydınlatma, zemin temizliği, havalandırma gibi faktörlerin dikkate alındığı ve tedavi sürecini etkilediği belirtilmiştir. Ayrıca çevre temizliği ve otopark giriş çıkışlarındaki kalabalığı ve park yeri sorunu olduğunu ifade etmişlerdir. Kamu hastanelerinin bina olarak yenilendiğini

personel eksikliği ve yetersiz denetimden dolayı hijyen noktasında eksiklikleri olduğunu tespit etmişlerdir. Katılımcıların empati boyutuna ilişkin değerlendirmeleri % 58,65 oranında (54 kişi) bulunmuştur. Çalışanların kendini hastanın yerine koyabilmesi ve onların ihtiyaçlarını anlaması kişisel olarak ilgi göstermelerinin önemli olduğu görülmektedir. Bazı çalışanların hasta ile iletişimde kopukluklar olduğu, gereken özene bilgi ve yeteneğe sahip olmadığı, görülmektedir. Kamu hastanelerinden genel olarak beklentilerin düşük tutulduğu yaş, eğitim düzeyi ve gelir durumuna göre çalışanların davranışlarında farklılık olduğu kişisel ilginin bu tür farklılıklara göre etkili olduğu ve bunun kültürel bir sorun olduğu hemen düzeltilemeyeceğini ifade etmişlerdir. Özel sağlık kuruluşlarının müşteri mantığıyla hareket ettikleri, çalışanlarının daha ilgili ve ellerinden geleni yaptıklarını belirtmişlerdir. Katılımcıların en az değerlendirmeyi % 43,011 oranında (40 kişi) bilgilendirme boyutu ile ilgili yaptıkları görülmüştür. Ancak bilgilendirme boyutunun da önemli olduğu, hizmet kalitesini etkilediği, hekimin hastaya, hastalığıyla ilgili yeterli bilgi verme, açıklama yapma, tedavisiyle ilgili yapılacak tetkikleri açıklama, yapılacak işlemlerden önce onam alma ve tedavi sürecinin hastanın anlayabileceği şekilde açıklaması olarak görülmektedir. Eğitim düzeyi yüksek kişilerin hastalıklarını daha fazla sorguladığı, eğitim düzeyi düşük kişilerin ise, tıbbi terimleri anlamadıkları için çalışanların daha fazla zaman ayırmalarını ve hastalıklarıyla ilgili ayrıntılı ve anlaşılır şekilde bilgi almak istedikleri görülmektedir. Hastanın yeterince bilgilendirilmesi beklentilerinin karşılanmasına ve memnuniyetin artmasına sebep olacaktır. Özel sağlık kuruluşlarında tedavi öncesi ve sonrası gerekli bilgilendirmelerin yapıldığı ve memnuniyet düzeyinin arttığı beklentilerin karşılandığı belirtilmiştir.

Teknik hizmet kalitesinin, hizmet sunum sürecinde şekillendiği, pek çok katılımcının kendi bakış açısına göre sağlık hizmetlerini değerlendirdiği görülmektedir. Yapılan görüşmelerde katılımcıların, cinsiyet farklılığı, medeni hali, yaşı, eğitimi gibi faktörlerin kalite değerlendirmeleri üzerinde dikkat çeken bir etkisi görülmemiştir. Bununla birlikte, gelir düzeyine bağlı olarak hizmet kalitesi algısının değişiklik gösterdiği, kamu hastanelerinde beklentilerin asgari tutulduğu, özel sağlık kuruluşlarına giden hastaların ücret karşılığında hizmet aldıklarını düşündükleri için, beklentilerini azami düzeyde tuttukları ve memnuniyet düzeylerinin yüksek olduğu görülmektedir. Teknik hizmet kalitesini katılımcıların tamamı değerlendirmiş olup,

hizmetin nasıl olması gerektiği noktasında beklenti ve şikâyetlerini hemen hemen her konuda ifade etmişlerdir. Bu nedenle herhangi bir oran verilememiştir. Tüm katılımcılar her sıklıkta hızlı ve doğru teşhis konulmasına, çalışanların güler yüzlü, anlayışlı olmasına ve fiziksel koşullara özellikle hijyene dikkati çekmişlerdir. Katılımcıların kaliteli hizmet anlayışını; hastanenin fiziksel konumu, iç donanımı, personelin tutumu davranışı ve verilen hizmetin belirlediği görülmektedir. Araştırma kapsamında hastaların acil durumlarda en yakın sağlık kuruluşlarını tercih ettikleri, acil olmayan durumlarda hekim ve hastane seçtikleri bu tercihi doktorun geçmiş deneyimlerine bakarak veya hastanelerin hizmet noktasında fiziksel koşullarına, ulaşılır olmasına ve tedavi sürecinin yapılmasına bağlamışlardır. Çalışmada katılımcılara almış oldukları sağlık hizmetini değerlendirirken, sağlık kuruluşlarını özel ve kamu olarak ayırmadıkları deneyimlerini doğal olarak paylaşmışlardır.

Ülkelerin temel sağlık göstergeleri gelişmişlik düzeylerini göstermektedir. OECD ülkeleri verileri ile kıyaslandığında ülkemizde sağlık göstergelerinin geliştirilmesi gerekmektedir. Ülkemizde sağlık hizmetlerinin gelişmesi için, teknolojik ve ekonomik gelişmeler yapılmakta, bilimsel çalışmalar ışığında yenilikler takip edilmektedir.

Sağlık hizmetlerinde hasta beklenti ve algılarını ölçmek için Servqual ölçeğinin kullanıldığı anket yöntemi kullanılarak sorular üzerinden sonuçlara göre hizmet kalitesi boyutlarının ölçüldüğü bilinmektedir. Bu çalışma pandemi sürecinde görüşme yöntemi ile sınırsız sürede kişilerin kendilerini rahat ifade etmeleri sağlanarak konuşmaları sağlanmış ve sağlık hizmetlerini değerlendirmeleri istenmiştir. Görüşmelerde bu zorlu süreç de katılımcıların hassasiyet düzeylerinin arttığı bunun da hizmet boyutlarında açıklandığı ve sonraki çalışmalara kaynaklık edebileceği düşünülmektedir. Yapılan çalışmanın sağlık hizmetleri kalitesinin gelişimine katkısı olabilecektir.

Katılımcıların kalite boyutlarına önem verdiği, hizmet sunum sürecinde fiziksel koşullar ve çalışanların davranışlarına, yönlendirme sıkıntısına, bilgilendirmeye, özel sağlık kuruluşlarının ücret politikaları konusuna değindikleri görülmektedir. Buna yönelik sağlık kuruluşlarının kaynak israfının önlemesi, yeniliklerin takip edilmesi, fiziksel olarak hijyeni tam mana da sağlamış olması ve bunun için etkin denetim mekanizmaları kurması, yeterli sayıda personelin istihdamını sağlaması, karmaşık

olmayan yönlendirme tabelaları koyulması ya da danışma hizmetlerinin daha aktif çalıştırılması önerilmektedir. Çalışanların uzun çalışma saatleri ve maaşlarının düzenlenerek mutlu bir örgüt iklimi yaratılmalıdır. Kendini iyi hisseden yorgun olmayan moral ve motivasyonu yüksek olan bir sağlık çalışanı, gelen her hastayla pozitif ilişki kuracak ve böylece müşteri tatmini sağlanacaktır. Bu kapsamda hastane yönetimine büyük görevler düşmektedir. Çalışanların eşit şartlarda çalıştırılması, özlük haklarının verilmesi, hizmet içi eğitimler düzenlenmesi ve sosyal faaliyetler düzenlenmesi faydalı olacaktır. Yardımcı personellerin hasta ile sağlıklı iletişim kurmaları için oryantasyon eğitimi başta olmak üzere gerekli eğitimler ile geliştirilmelidir. Hastalara gerekli bilgilendirme yapılması onların kendilerini değerli hissetmelerine ve tedavi sürecine psikolojik katkı sunacağı ve memnuniyet düzeyini arttıracaktır. Kamu hastanelerinde bilgilendirme birimleri ve kalite birimlerinin daha etkin çalışmalar yapması önerilmektedir.

Özel sağlık kuruluşlarının müşteri sadakatini hedeflediği bunu müşteri memnuniyeti sağlayarak yaptıkları, Sağlık Bakanlığının kamu hastanelerini rekabet amacı güdülmeden eldeki imkânlarla göre kısıtlı bütçelerle yönettiği ancak beklentilerin karşılanamadığı görülmektedir. Hastane yönetimlerinin daha sıkı denetimlere tabi olması gerekmektedir. Mükemmellik esasına göre hastalara en yüksek kalitede hizmet verilmesi amaçlanmalıdır.

İkinci basamak sağlık hizmetlerinin daha aktif hale getirilmesi birinci basamak sağlık hizmeti veren hastanelere yığılmanın önüne geçecektir. Hasta sayısının düşebileceği böylece randevu saatlerinde aksamalar olmayacak süratle tedavi olan hastaların o kuruma karşı sadakat ve güven duygusu gelişecektir. Samsun ilinde kamu hastanelerinden memnun kalmayan katılımcıların özel sağlık kuruluşlarına giderek hizmet aldıkları görülmektedir. Sinop ilinde Özel sağlık kuruluşu olmadığı için memnun kalmayan müşterilerin çevre illerdeki özel sağlık kuruluşlarına gittikleri bunun maddi ve manevi külfet getirdiği mümkünse Sinop iline de Özel sağlık kurumu açılması gerektiği önerilmektedir. Sinop ili Kamu hastanesinde hekim sıkıntısı yaşandığı bir branştan birkaç hekimin olması önerilmektedir. Katılımcıların bazı ifadelerinin sınıflandırmada yer almadığı boyutlandırılmadığı bunun da farklı bir konuya araştırma olarak kaynaklık etmesi önerilmektedir. ServQual hizmet ölçüm modeli sayesinde işletmeler verdikleri hizmeti değerlendirebilirler ve müşterilerinin

beklentilerini ölçebilirler. Bu modelin uygulanması sonucunda ortaya çıkan veriler, hizmet kalitesini yükseltmek isteyen işletmeye yardımcı olmaktadır. Bu veriler sayesinde işletmeler başarıya ulaşabilirler.

Çalışma sonuçları dikkate alındığında bundan sonra yapılacak çalışmalarda var olan hizmet kalitesi boyutlarının hizmet kalitesinin değerlendirilmesinde kullanımının büyük ölçüde yeterli olduğu ancak ServQual ölçeğinin ifadelerinin boyutları değerlendirmede yetersiz olduğu görülmektedir. Farklı hizmet sektörlerinde de müşteri söylevlerinden faydalanılarak yapılacak benzer çalışmalar literatüre ve sektöre katkı sağlayacaktır. Ayrıca hizmet kalitesinin değerlendirilmesinde daha kapsamlı ifadeleri içeren bir ölçek geliştirilme çalışmasına ihtiyaç vardır.

KAYNAKLAR

- Acuner, A. Ş. (2001). *Müşteri İlişkilerinde Hareket Noktası: Müşteri Memnuniyeti ve Ölçümü*. Ankara: Milli Prodüktivite Merkezi Yayınları. Ankara: Milli Prodüktivite Merkezi Yayınları.
- Ak, B., & Sevin, H. (2000). Hizmet Sektörünün Genel Yapısı Ve Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri. *I. Ulusal Sağlık İdaresi Kongresi Kitabı*. Ankara: Minpa Matbaacılık.
- Akdur, R. (1998). *Çağdaş Sağlık ve Sağlık Hizmetleri Kavramları Bu Kavramlara Etki Eden Dinamikler*. Ankara: Halk Sağlığı, Antıp Aş Tıp Kitapları ve Bilimsel Yayınlar.
- Anderson, A. E. (1995). Measuring Service Quality at a university health clinic . *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 8(2), 32-37.
- Ardıç, K. (1998). Müşteri Tatmini ile Hizmet Kalitesi İlişkisinin Ölçülmesi,. *Yayınlanmamış Doktora Tezi, Sakarya Üniversitesi*.
- Arpat, B., Şaşmaz, N., & Yürekli, E. (2014). Sağlık hizmetlerinde kalite maliyetleri. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi. Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 19(3), 313-332.
- Asunakutlu, T. (2005, 09 24). *Sağlık Hizmetlerinde Kalite, Erişim Tarihi 24.09.2014*. 09 24, 2014 tarihinde <http://www.canaktan.org/politika/kamuda-kalite/asuna.pdf>. adresinden alındı
- Ateş, M. (2013). *Sağlık Hizmetleri Yönetimi* (1 b.). İstanbul: Beta Yayıncılık.
- Atlı, Y., & Yücel, N. (2018). Sağlık Kurumları, Sağlık Kurumlarında Marka Ve Elazığ İli Sağlık Sektörü. *Fırat Üniversitesi İİBF Uluslararası İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 2(2), 45.
- Ay, F. A. (2013). *Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar ve Beceriler*. Nobel Tıp Kitapevleri Ltd.Şti.

- Babakus , E., & Mangold, G. W. (1992). Adapting the ServQual Scale to hospital service. An Empirical Investigation. *Health Service Research*, 26(6), s. 767-786.
- Babakus, E., & Boller, G. W. (1992). An Empirical Assessment of the ServQual Scale. *Journal of Business Research*, 24, 255-256.
- Benli, T. (2007). Hastane Süreçleri. Bir Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi için Toplam Kalite ve Süreç Modelleri Projesi. *Rek May Yayıncılık*. Ankara.
- Bozdağ, N., Atan, M., & Altan, Ş. (2003). Hizmet Sektöründe Toplam Hizmet Kalitesinin ServQual Analizi ile Ölçümü ve Bankacılık Sektöründe Bir Uygulama”,. G. Üniversitesi (Dü.), *VI. Ulusal Ekonometri ve İstatistik Sempozyumu* içinde, (s. 32-45). Ankara.
- Bulgan, U. (2002). *Kütüphanecilik Sektöründe Hizmet Kalitesinin Ölçümü Ve Bir Üniversite Kütüphanesi Uygulaması, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi*,. 100. istanbul: Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Burçoğlu, Ş. K. (2014). *Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi ve Hasta Beklentileri Konusunda Bir Uygulama (Aydın Devlet Hastanesi Üzerine Bir Çalışma)*. Yayımlanmamış yüksek lisans tezi. Adnan Menderes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Buttle, F. (1996). Servqual: Review, Critique, Research Agenda. *European Journal of Marketing*, 30(1), 8-32.
- Bülbül, H., & Demirer, Ö. (2008). Hizmet Kalitesi Ölçüm Modelleri Servqual Ve Serperfin Karşılaştırmalı Analizi. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. s. 181-198.
- Carman, M. (1990). Consumer Perceptions of Service Quality: An Assessment of the Servqual Dimensions. *Journal of Retailing*, 66(1), 35-55.
- Cronin, J. J., & Taylor, S. A. (1992). Measuring Service Quality: A Reexamination and Extension. *Journal of Marketing*, 56(3), s. 55-68.

- Cronin, J. J., & Taylor, S. A. (1994). SERVPERF Versus ServQual: Reconciling Performance-Based and Perceptions-Minus-Expectations Measurement of Service Quality. *Journal of Marketing*, 58, s. 125-131.
- Çakır, A. (2007). *Hasta Güvenliği Kültürü ile Yönetim Sistemi Arasındaki İlişkinin Analizi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans tezi*. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Çavdar, E., Kıpçak, E., & Önal, E. (2017). Hizmet Kalitesinde Yeni Bir Boyut: Bilgilendirme. *Yüzüncü Yıl Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 2(2), 137-155.
- Çavuş M.F. & Gemici E. (2013). Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetimi, *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 1(1): 238-257.
- Çelik, P. (2012). *GSM Operatörlerinin Hizmet Kalitesinin Değerlendirilmesi: KTÜ İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Örneği*. Karadeniz Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.
- Çiçek, R., & Doğan, İ. C. (2009). Müşteri Memnuniyetinin Artırılmasında Hizmet Kalitesinin Ölçülmesine Yönelik Bir Araştırma: Niğde İli Örneği. *Afyon Kocatepe Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi*, 11(1), s. 199-217.
- Çiçek, R., Kara, B., & Koyuncu, K. (2006). Sağlık Hizmet Sektöründe Kalite Algılanımı ve Hastanelerde Uygulanmasına İlişkin Bir Araştırma. *MPM Verimlilik Dergisi*.
- Dalgıç, A. (2013). *Hizmet Sektöründe Hizmet Kalitesinin Ölçümü Ve Hizmet Kalitesini Etkileyen Faktörler*. Antalya'da Hizmet Kalitesi Ölçümüne Yönelik Bir Uygulama. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. Adnan Menderes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Değermen, A. (2005) "Hizmet Kalitesi Ölçüm Modellerinden Servqual'in Zayıf Olduğu İleri Sürülen Teorik Ve Uygulama Yönleri", *Pazarlama Dünyası*, Ekim Sayısı.

- Devebakan, N. (2001). *Sağlık İşletmelerinde Kalite ve Algılanan Hizmet Kalitesinin Ölçülmesi*, Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü,
- Devebakan, N., & Aksaraylı, M. (2003). Sağlık İşletmelerinde Algılanan Hizmet Kalitesinin Ölçümünde ServQual Skorlarının Kullanımı ve Özel Altınordu Hastanesi Uygulaması. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 5(1), 38-54.
- Donabedian, A. (1980). *Explorations in Quality Assessment and Monitoring, 1, The Definitions of Quality and Approaches to Its Assessment* (Cilt 1). Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press.
- Donabedian, A. (1988). The Quality Of Care: How Can It Be Assessed? *Journal Of The American Medical Association*, 260, s. 1743–1748.
- Donabedian, A. (1990). Seven pillars of quality arch. *pathol. Lab med.*, 114(November), 1115-1119.
- Donabedian, A. (2003). *An Introduction to Quality Assurance in Health Care*. New York: Oxford: Oxford University Press.
- Doyle, P. (1998). *Marketing Management And Strategy* (Cilt Second Education). London: Prentice Hall.
- Dört Yol, İ. T., (2014). *Ulusal Kültür Perspektifinden Hizmet Kalitesi ve Müşteri Değeri*, İstanbul: Beta Yayınları
- Eleren, A., Çetin, B., & Görmüş, A. Ş. (2007). Hizmet Sektöründe Hizmet Kalitesinin ServQual Yöntemi ile Ölçülmesi ve Hazır Yemek İşletmesinde Bir Uygulama. *Finans Politik & Ekonomik Yorumlar*, 44(514), s. 75-88.
- Eren, N. (2000). *Sağlık Yönetimine Giriş*. 216.
- Erözgün, E. (2009). *Perakende Sektöründe Hizmet Kalitesinin Ölçülmesi ve Bir Uygulama*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

- Fırat, A., & Dirlik, S. (2007). Müşteri ve Kalite. Ş. Gümüsoğlu , İ. Pınar , & P. Akan içinde, *Hizmet Kalitesi Kavramlar ve Yaklaşımlar (1) içinde* (s. 87-96). Ankara: Detay Yayıncılık.
- Gençtürk, F. ve Karataş, E. (2002). Kar Amaçsız Kuruluşlarda Hizmet Kalitesinin Ölçülmesi ve Müşteri Odaklılık: Bir Kütüphane Uygulaması. *Pazarlama Dünyası* 02, 53-54.
- Ghobadian, A., Speller, S., & Jones, M. (1994). Service Quality Concepts And Models. *International Journal Of Quality And Reliability Management*, 11(9), s. 43-66.
- Ghotbabadi, A.R., R. Baharun, and S. Feiz. (2012). A Review of Service Quality Models. *2nd International Conference on Management Proceeding*, at Langkawi Kedah, Malaysia no. (2nd ICM).
- Gözlü, S., (1994). “Hizmet İşletmelerinde Kalite Yönetimi”, *Standart Dergisi*, s. 390, Haziran.
- Gronroos, C. (1994). From Scientific Management to Service Management: A Management Perspective for the Age of Service Competition. *International Journal of Service Industry Management*, 5(1).
- Grönroos, C. (1984). A Service Quality Model and Its Marketing Implications. *European Journal of Marketing*, 18(4), s. 36-44.
- Grönroos, C. (2008). Service logic revisited: who creates value? And who co- creates? *European Business review*, 20(4), s. 298-314.
- Gupta, A., & Chen, I. (1995). Service Quality: Implications For Management Development. *International Journal of Quality Management*, 12(7), s. 28-35.
- Güdük, Ö., & Kılıç, C. H. (2017). Sağlık Hizmetleri Akreditasyonu ve Türkiye’de Gelişimi. 2(7), 102-107.
- Güler, Ç. (1987). *Sağlık Eğitimi* (3 b.). Ankara: Hatipoğlu Yayınevi.
- Gültaş, P., & Yücel, M. (2019). Sağlık Hizmetlerinde Müşterinin Sesi: Kano Modeli. *Akademik Yaklaşımlar Dergisi*, 10(2).

- Gümüšoğlu, Ş., Akbaba, A., Tavmergen, P. İ., & Akan, P. (2007). *Hizmet Kalitesi Kavramlar, Yaklaşımlar ve Uygulamalar* (Cilt 1. Baskı). Ankara: Detay Yayınları.
- Gürbüz, E., & Ergülen, A. (2006). Hizmet Kalitesinin Ölçümü ve Grönroos Modeli Üzerine Bir Araştırma. *İ.Ü. Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi*, No:35(Ekim), s. 173-190.
- Gürbüz, F. (2014). *Toplam Kalite Yönetimi Algısının Bireysel Performansa Etkileri Üzerine Sağlık Çalışanları Uygulaması*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. Ufuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Hamzaoglu, O. (2007). Sağlıkta Neden Kriz, Neden Reform/Dönüşüm? Y. G. Yaşar, A. Göksel, & Ö. Birler içinde, *Türkiye'de Sağlık Ve Sosyal Güvenlik: İnsana Karşı Piyasa* (s. 21-43). Ankara: Notabene Yayınları.
- Harvey, J. (1998). Service Quality: a Tutorial. *Journal Of Operations Management*, 16(5), s. 583-597.
- <https://www.saglik.gov.tr/TR,11588/istatistik-yilliklari.html>. (2020, 12 01).
- İkiz, H. E. (2010). *Hizmet Kalitesi Modellerinin Karşılaştırılması Üzerine Bir Araştırma*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi.. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü
- Kang, G. D., & Jeffrey, J. (2004). Service Quality Dimensions: an Examination of Grönroos's Service Quality Model. *Managing Service Quality*, 14(4), s. 266-277.
- Karafakıoğlu, M. (1998). *Sağlık Hizmetleri Pazarlaması* (Cilt Yayın No.271). İstanbul: İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi.
- Karahan, A. (2000). *Sağlık Hizmetlerinde Kalite İyileştirilmesi: Afyon Göğüs Hastanesinde Bir Uygulama*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Katzfey, R. P. (2004). JCAHO's Shared Visions- New Pathways:The New Hospital Survey and Accreditation Proceses for (2004) From American. *Journal of Health- System Pharmcy*, 6(13), s. 1358-1364.

- Kavak, B., & Yılmaz, İ. (2003). Kritik Olaylar Tekniğinin Otel İşletmelerindeki Hizmet Kalitesinin Ölçümü ve İyileştirilmesinde Kullanılabilirliği: ServQual Tekniği ile Karşılaştırmalı Bir Değerlendirme. *DAÜ Turizm Araştırmaları Dergisi*, Bahar-Güz, Cilt 4, Sayı 1-2, s. 13-35.
- Kavuncubaşı, Ş. (2000). *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*. Ankara: Siyasal Kitapevi.
- Kavuncubaşı, Ş. (2013). *Hastane Organizasyonu İçinde Hastane Yönetimi*. H. Sur , & T. Palteki. içinde İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri.
- Kavuncubaşı, Ş., & Kısa, A. (2011). N. Tokgöz içinde, *Sağlık Kurumları Yönetimi*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları, 1178.
- Kavuncubaşı, Ş., & Yıldırım, S. (2010). *Hastane ve Sağlık kurumları Yönetimi*. Ankara: Siyasal Yayın-Dağıtım .
- Kaya, S. (2003). Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi: Çeşitli Ülkelerdeki Uygulamalara Genel Bir Bakış. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 6(2), s.57-70
- Kaya, S. (2005). *Sağlık Hizmetlerinde Sürekli Kalite Geliştirme*. Ankara: Pelikan Yayınları.
- Kaya, S. (2013). Sağlık Hizmetlerinde Kalite Kavramı. S. Kaya, D. Tengilimlioğlu, O. Işık, M. Akbolat, & A. Yılmaz içinde, *Sağlık Kurumlarında Kalite Yönetimi* (s. 1-89). Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayını No: 2864. Açıköğretim Fakültesi Yayını No: 1821.
- Kayalı, C. A., Yereli, A., Soysal, M., & Terim, B. (2004). Marka Değerinin Firmaların Piyasa Değeri ve Finansal Performansları Üzerindeki Etkileri. *8.Uluslararası Finans Sempozyumu*, 27-28 Ekim. İstanbul.
- Kekeç, D. (2008). *Hizmet Kalitesi Ölçümünde Servqual Ölçeği ve Otelcilik Sektöründe Bir Uygulama*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

- Kıbar, E. (2014). *Kalite ve Sağlık Hizmetlerinde Kalite Standartları Uygulamaları (Kocaeli Seka Devlet Hastanesi Örneği)* Yüksek Lisans Tezi. 101. İstanbul: Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Kıraç, A. S. (2019). *Hizmet Kalitesinin Servqual Modeli İle Ölçülmesi: İstanbul İli Bir Aile Sağlığı Merkezi Örneği*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Koçbek, A. D. (2005). Yiyecek İçecek Sektöründe Hizmet Kalitesi Ve Müşteri Memnuniyeti: *Etnik Restoranlara Yönelik Bir Araştırma*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Kotler, P., & Armstrong, G. (2006). *Principles of Marketing*. USA: Upper Saddle River, N.J. : Pearson Prentice Hall.
- Kotler, P., & Gary, A. (2004). *Principles of Marketing*. Upper Saddle River, New Jersey: Pearson Prentice Hall.
- Köroğlu, E. (1987). *Sağlık Mevzuatı*(2).
- Kuriloff, A. H., Hemphill, J. M., & Cloud, D. (1993). *Starting and Managing the Small Business*. Singapore: McGraw-Hill College; Subsequent edition.
- Küçük, F. (2010). Toplam kalite yönetiminde sorunların önemsenme düzeyinin belirlenmesine yönelik bir araştırma . *Kamu İş*, 11(3).
- Lovelock, C. (1983). American Marketing Association in Contemporary Services Marketing Management – A Reader. M. Gabbott, & G. Hogg içinde, *Classifying Services to Gain Strategic Marketing Insights* (s. 17 -33). The Dryden Press.
- Lovelock, C. H. (1984). *Services Marketing: Text, Cases & Reading*. Englewood Cliffs, N.J. : Prentice-Hall.
- Lovelock, C. H., & Lauren, W. (2002). *Principles of Service Marketing and Management* (Cilt Second Edition). Prentice Hall, Upper Saddle River, New Jersey.

- Materla, T. (2018). *Analyzing Factors Affecting Patient Satisfaction Using The Kano Model*. Doctor of Philosophy. Missouri University of Science and Technology
- Materla, T., Cudney, E. A., & Hopen, D. (2019). Evaluating Factors Affecting Patient Satisfaction Using The Kano Model. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, s. 1-30.
- Maxwell, R. J. (1992). Dimensions of Quality Revisited: From Trought to Action. *Quality in Health Care*, 1(3), s. 171-177.
- Merter, M. E. (2006). Toplam Kalite Yönetimi. (1).
- Midilli, Ö. (2011). *Hizmet Sektöründe Müşteri Memnuniyetinin Pazarlamaya Etkisi*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. Kadir Has Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü
- Mosadeghrad, M. A. (2013). Healthcare Service Quality: Towards a Broad Definition. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 26(3), s. 203-219.
- Mucuk, İ. (1998). *Pazarlama İlkeleri (ve Örnek Olaylar)* (9 b.). İstanbul: Türkmen Kitabevi.
- Mudie, P., & Pirrie, A. (2006). *Services Marketing Management*. Butterworth-Heinemann; 3rd edition.
- Murdick, B. R., & Roberta, S. R. (1990). *Service Operations Management*. Published by Prentice-Hall, Inc. New Jersey.
- Nicholas, D. (1999). Using Accreditation to Improve Quality. *QAP Editorial, The quality assurance project's information outlet, Fall*, 8(2), s. 1-11.
- Odabaşı, Y. (2001). *Sağlık Hizmetleri Pazarlaması*. Anadolu Üniversitesi Yayınları.
- Ovayolu, N., & Bahar, A. (2006). Hemşirelik ve Kalite. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 9(1), s. 104-108.
- Ovretveit, J. (1998). *Evaluating Health Interventions*. Open University Press: Buckingham.

- Ö, M. (2011). *Hizmet Sektöründe Müşteri Memnuniyetinin Pazarlamaya Etkisi*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. Kadir has Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Öncü, M. A., Kutukiz, D., Koçoğlu, C. M. (2010). Hizmet Kalitesinin Ölçülmesi ve Bankacılık Sektöründe Bir Uygulama. *Muhasebe ve Finansman Dergisi*, (45).237-252
- Özgen H. (1995). Sağlık Hizmetlerinde Kalite Nedir? Hasta Tatmini Boyutuyla İlgili Bir Değerlendirme. *Toplum ve Hekim*, 10(69-70), 47-53.
- Özgül, N. (1995). *Hastanelerde Finansal Yönetim: Sorunlar ve Çözüm Önerileri*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. 168. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Özgülbaş, N. (1995). *Hastanelerde Finansal Yönetim: Sorunlar ve Çözüm Önerileri* . Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü .
- Özgür, G. (2009). *Sağlık Hizmetlerinde Hizmet Kalitesinin Ölçümü: Süleyman Demirel Üniversitesi Araştırma Ve Uygulama Hastanesi Örneği*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. Niğde Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı
- Özgüven, N. (2008). Hizmet Pazarlamasında Müşteri Memnuniyeti ve Ulaştırma Sektörü Üzerine Bir Uygulama. *Ege Akademik Bakış Dergisi*, 8(2), s. 651-682.
- Özmen, R. (2016). *Tıp ve Sağlık Mevzuatı* (Cilt 7. Baskı). Seçkin Yayıncılık San.ve Tic.A.Ş.S.
- Özhalbant, Z. (2010). *Sağlık Sektöründe Hizmet kalitesi Ölçümü ve Bir Uygulama* (Cilt 77). Afyon Kocatepe Üniversitesi Yayını.
- Öztekin, M. Y. (1997). *Pazarlama Yönetimi* (Cilt Yayın No: DN 1). İstanbul: Galatasaray Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Yayını.
- Öztürk, S. A. (2019). Hizmet Pazarlaması Kuram,Uygulama Ve Örnekler. (17), 244.
- Palmer, A. (1998). *Principles of Services Marketing* (Cilt 2nd edition). McGraw-Hill Publishing Co.

- Parasuraman, A., Zeithaml, A. Z., & Berry, L. L. (1994). Reassessment of Expectations as a Comparison Standart in Measuring Service Quality: Implications for Further Research. *Journal of Marketing*, 58(1), s. 111-124.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1988). ServQual: A Multiple-Item Scale for Measuring Consumer Perception of Service Quality. *Journal of Retailing*, 64(1), s. 12-40.
- Parasuraman, A., Berry, L. L., & Zeithaml, V. A. (1985). A Conceptual Model Of Service Quality And Its Implications For The Future Search. *Journal of Marketing*, 49(4), s. 41-50.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1998). Servqual: A Multiple-Item Scale For Measuring Consumer Perception Of Service Quality. *Journal Of Retailing*, 64(1), s. 12-40.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (2007). *Servqual: Müşterinin Hizmet Kalite Algısını Ölçmede Çoklu Birim Ölçeği*. (A. Ersoy, Dü.) www.ceterisparibus.net/arsiv.htm. adresinden alındı
- Redman, T., & Mathews, B. P. (1998). Service quality and human resource management:A review and research agenda *Personel Review*,27(1),57-77. *MCB University Press*, 27(1), s. 57-77.
- Robledo, M. A. (2001). Measuring and Managing Service Quality: Integrating Customer Expectations. *Managing Service Quality*, 11(1), s. 22-31.
- Sayım, F., & Aydın, V. (2011, Nisan). Hizmet Sektörü Özellikleri ve Sistematik Olmayan Risklerin Sektör Menkul Kıymetleri ile Etkileşimine Dair Teorik Bir Çalışma. *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*(29).
- Seçim, H. (1995). *Hastane İşletmeciliği (Seçme Yazılar)*. Eskişehir: Anadolu üniversitesi Basımevi.
- Sevimli, S. (2006). *Hizmet Sektöründe Kalite ve Hizmet Kalitesi Ölçümü Üzerine Bir Uygulama*. Yayınlanmış yüksek lisans tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü

- Solmaz, M. (2006). *Hizmet Sektöründe Müşteri Memnuniyeti ve Hacettepe üniversitesi Erişkin hastanesinde Bir Uygulama*. Yayınlanmış yüksek lisans tezi. Gazi Üniversitesi
- Songur, A. (2009). *Hizmet İşletmelerinde Pazar Yönlülük ve Türk Bankacılık Sektörü İşletme Uygulamalarının Değerlendirilmesi: Isparta İl Merkezinde Bir Uygulama*. Yayınlanmış yüksek lisans tezi. Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü
- Soysal, A. N., & Koçoğlu, D. (2018). Sağlık İşletmelerinde Müşteri Odaklı Pazarlama Anlayışı İle Hizmet Kalite Algısı Arasındaki İlişki; Bir Hastane Örneği. *Selçuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Meslek Yüksekokulu Dergisi*, 21(1), s. 41-50.
- Sözen, C., & Özdevecioğlu, M. (2002). *Sağlık Hizmetlerinde ve İşletmelerinde Yönetimi*. Ankara: Nobel Yayınları.
- Sur, H., & Palteki, T. (2013). *Hastane Yönetimi*. Nobel Tıp Kitapevleri Ltd.Şti.
- Sureshchandar, G. S., Rajendran, C., & Kamalanabhan, T. (2001). Customer Perceptions of Service Quality: A Critique. *Total Quality Management*, 12(1), s. 111-124.
- Süzer, H. (2006). 1.5 Milyon Müşteri Hiç Şubeye Gitmiyor. *Capital Aylık İş ve Ekonomi Dergisi*, s. 256-258.
- Şahin, B., Çelik, Y., & Tengilimoğlu, D. (2015). *Sağlık Hizmetleri Pazarlaması* (Cilt Yayın no: 2858). Eskişehir: Anadolu Üniversitesi.
- Tarım, M. (2009). A. Coşkun, & A. Akın içinde, *Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi. Sağlık Hizmetleri Yönetim Rehberi* (s. 65-89). Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Tek, Ö. B. (1999). *Pazarlama İlkeleri*. İstanbul: Beta Basın Yayın.
- Tengilimlioğlu, D. (2013). Sağlık Kurumlarında Müşteri Memnuniyeti. S. Kaya içinde, *Sağlık Kurumlarında Kalite Yönetimi Anadolu Üniversitesi Yayınları* (Cilt 2864). Eskişehir: T.C. Anadolu Üniversitesi, Açıköğretim Fakültesi.
- Tengilimlioğlu, D., Akbolat, M., & Işık, O. (2015). *Sağlık İşletmeleri Yönetimi*. Nobel Akademik Yayıncılık Eğitim Danışmanlık Ticaret LTD.ŞTİ.

- Tengilimoğlu, D. (2011). *Sağlık Hizmetleri Pazarlaması*. Ankara:: Siyasal Kitabevi.
- Terris, M. (1992). Concepts of Health Promotion:Dualities in Public Health Theory. *Journal of Public Health Policy*, 13(3), s. 267-276.
- Turner, O., Sharon, L., Douglas, E., Snipes, R. I., & Butler, D. (1998). Quality Determinants And Hospital Satisfaction. *Marketing Health Services*, 18(1), s. 1094-1304.
- Uyguç, N. (1998). *Hizmet Sektöründe Kalite Yönetimi; Stratejik Bir Yaklaşım* (1 b.). İzmir: Dokuz Eylül Yayınları.
- Ünlü, E., & Aktaş, A. M. (1995). Hizmet Kalitesinin ve Etkinliğinin Ölçülmesinde Değerlendirme Araştırmalarının Rolü. *1. Sistem Mühendisliği ve Savunma Uygulamaları Sempozyumu* (s. 42-50). Ankara: Kara Harp Okulu.
- Yaşa, E. (2012). Sağlık Sektöründe Hizmet Kalitesi, Müşteri Memnuniyeti ve Bağlılık İlişkisi: Devlet, Özel ve Üniversite Hastaneleri Karşılaştırması”, Yüksek Lisans Tezi. Adana: Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Yeginboy, E. Y. (1993). *Ulusal Düzeyde Sağlık İşletmelerinin Değerlendirilmesi*”, *Sağlık Hizmetleri ve İşletmeleri Serisi: 1, İzmir*. İzmir: Doğruluk Matbaacılık.
- Yeginboy, E. Y., & Sayın, K. Ş. (2008). Cumhuriyet Döneminden Günümüze Sağlık Politikaları Ve Sorunları. İzmir.
- Yenimahalleli , G. (1999). Türkiye’de Sağlık İşkolunun Özellikleri ve Sendikal Örgütlenme. Ankara: Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi.
- Yerebakan, M. (2000). *Özel Hastaneler Araştırması* (Cilt 2000-26). İstanbul: İstanbul Ticaret Odası.
- Yıldırım, A. (2014). Sağlık Kurumlarında Üretim ve Süreç Yönetimi Üzerine Bir Değerlendirme: Malatya Turgut Özal Tıp Merkezi Örneği. *The Journal of Academic Social Science Studies*, 29, 458-474.
- Yoldaşcan, E. (2007). Sağlıkta Toplam Kalite Yönetimi”. Uluslararası Sağlık ve Hastane Yönetimi Kongresi. Y. D. Üniversitesi (Dü.). içinde Lefkoşa/Kıbrıs.

- Yusufoğlu, E. (2008). Devlet Hastanelerinde Toplam Kalite Yönetimi Uygulaması: Uşak Devlet Hastanesi Örneği. 140. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Zeithaml, V. A., Parasuraman, A., & Berry, L. L. (1990). *Delivering Quality Service: Balancing Customer Perception and Expectations*. New York: The Free Press.
- Zikmund, W. G., Raymond, M. J., & Faye, W. (2003). *Customer Relationship Management: Integrating Marketing Strategy and Information Technology*. Wiley; 1st edition.
- Zorlutuna, Y. (1997). Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi” Sağlık Hizmetlerinde Devamlı Kalite İyileştirme. M. Çoruh. içinde Ankara: Haberal Eğitim Vakfı.