



**T.C.
NİĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME ANABİLİM DALI
YÖNETİM VE ORGANİZASYON BİLİM DALI**

**SAĞLIK SEKTÖRÜNDE HİZMET KALİTESİNİN ÖLÇÜMÜ:
KOSOVA-TÜRKİYE KARŞILAŞTIRMASI**

DOKTORA TEZİ

**Hazırlayan
Sadat UKA**

**Niğde
Şubat, 2020**

T.C.
NİĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME ANABİLİM DALI
YÖNETİM VE ORGANİZASYON BİLİM DALI

SAĞLIK SEKTÖRÜNDE HİZMET KALİTESİNİN ÖLÇÜMÜ:
KOSOVA-TÜRKİYE KARŞILAŞTIRMASI

DOKTORA TEZİ

Hazırlayan
Sadat UKA

Danışman : Doç. Dr. İbrahim YALÇIN
Üye : Prof. Dr. Recep ÇİÇEK
Üye : Prof. Dr. Fatih YÜCEL
Üye : Doç. Dr. Korhan KARACAOĞLU
Üye : Dr. Öğr. Üyesi Leyla İÇERLİ

Niğde
Şubat, 2020

YEMİN METNİ

Doktora Tezi olarak sunduğum ‘Sağlık Sektöründe Hizmet Kalitesinin Ölçümü: Kosova-Türkiye Karşılaştırması’ başlıklı bu çalışmanın, bilimsel ve akademik kurallar çerçevesinde tez yazım kılavuzuna uygun olarak tarafımdan yazıldığını, yararlandığım eserlerin tamamının kaynaklarda gösterildiği ve çalışmanın içinde kullanıldıkları her yerde bunlara atıf yapıldığını belirtir ve bunu onurumla doğrularım. 12/02/2020

Sadat UKA



ONAY SAYFASI

Doç. Dr. İbrahim YALÇIN danışmanlığında **111832001 Sadat UKA** tarafından hazırlanan **“Sağlık Sektöründe Hizmet Kalitesinin Ölçümü: Kosova-Türkiye Karşılaştırması”** adlı bu çalışma jürimiz tarafından Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İŞLETME Anabilim Dalı'nda Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tarih : 12/02/ 2020

JÜRİ :

Danışman : **Doç. Dr. İbrahim YALÇIN**

Üye : **Prof. Dr. Recep ÇİÇEK**

Üye : **Prof. Dr. Fatih YÜCEL**

Üye : **Doç. Dr. Korhan KARACAOĞLU**

Üye : **Dr. Öğr. Üyesi Leyla İÇERLİ**



ONAY :

Bu tezin kabulü Enstitü Yönetim Kurulu'nun Tarih ve sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Doç. Dr. Emin Hüseyin ÇETENAK
Enstitü Müdürü

ÖNSÖZ

Bu çalışmanın amacı, Kosova devlet hastaneleri ile özel Türk hastanelerinde sunulan hizmet kalitesini ölçmek ve Kosova sağlık sisteminin sunduğu hizmetin hastalar tarafından nasıl algılandığını anlamaktır. Araştırma sonuçlarından da görüleceği üzere, özel hastanelerde sunulan hizmet kalitesi daha yüksek değerlere ulaşmıştır. Devlet hastanelerine göre özel hastaneler daha iyi koşullar, daha iyi sağlık hizmeti ve daha iyi çözüm olanakları sunmaktadır.

Devlet hastanelerinde hastaların hekimler ve hemşireler tarafından az dinlendiği ve onlara az zaman ayrıldığı en baştaki şikayetlerden biridir. Çoğu zaman hekimler ve hemşireler gerektiği hizmeti vermemekle birlikte işe geç kalmaları da başka bir sorun olarak gözlenmiştir. Aynı zamanda hastalar laboratuvar ve diğer tıbbi hizmetlerden kolayca yararlanamamaktadır. Devlet hastanelerinde bekleme süreleri bazen uzun olmaktadır. Diğer yandan, devlet hastaneleri maliyet açısından daha uygundur.

Çalışmam boyunca bana yol gösteren, her zaman kıymetli nasihatlerini ve yardımlarını esirgemeyen değerli hocam Doç. Dr. İbrahim Yalçın'a teşekkür ederim. Onun sayesinde bu çalışma şekillendirilmiş ve tamamlanmıştır.

Son olarak da her zaman ben onların yanında olamadığım halde her daim yanımda olan, sevgilerini ve desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen eşim Valdete ve çocuklarım Rona'ya ile Riga'ya teşekkür ediyorum, sizinle olmam gereken zamanlarda çoğunlukla çalışmamla meşgul olduğum için affınızı diliyorum.

Niğde, Şubat 2020

Sadat UKA

ÖZET
DOKTORA TEZİ

**SAĞLIK SEKTÖRÜNDE HİZMET KALİTESİNİN ÖLÇÜMÜ: KOSOVA-
TÜRKİYE KARŞILAŞTIRMASI**

UKA, Sadat
İşletme Anabilim Dalı
Tez Danışmanı: Doç. Dr. İbrahim YALÇIN
Şubat 2020, 135 sayfa

Sağlık kalitesi her alanda araştırmacıların dikkatini çeken bir konu olmuştur. Çeşitli yazarlardan farklı tanımlar verilmiştir ve zaman içinde yeni modeller geliştirilmiştir. Sağlık hizmeti kalitesinin ölçümünde en sık kullanılan modeller SERVQUAL ve SERVPERF modelleri olmuştur. Her ne kadar bu modeller kalite ölçümünde faydalı olmuşsa da kimi araştırmacı tarafından da eleştirilmiştir. Bu çalışmanın amacı Kosova devlet hastaneleri ile özel Türk hastanelerinde sunulan hizmet kalitesinin genel bir değerlendirmesini yapmaktır. Kolayda örneklem kullanılarak 204 kişiye uygulanan anket yönteminden faydalanılmıştır. Faktör analizi sonucunda hizmet kalitesini ölçen beş ana unsur elde edilmiştir. Bunlar hastane ortamı ve tetkik hizmetleri, hemşire hizmetleri, fiziksel özellikler, uygunluk ve hekim hizmetleri şeklinde isimlendirilmiştir. Araştırma verilerine uygulanan t-testi sonuçlarından Kosova devlet hastanelerine göre özel Türk hastanelerindeki hizmet kalitesi unsurlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Aynı şekilde memnuniyet düzeyi de özel Türk hastanelerinde daha yüksek bulunmuştur. Araştırmada, hizmet kalitesi unsurlarının hastaneyi tercih nedenlerine ve hastaların bazı demografik özelliklerine göre de farklılık gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır.

Anahtar Kelimeler: hastane, hizmet, kalite, hizmet kalitesi

ABSTRACT

Ph.D. Thesis

MEASUREMENT OF THE SERVICE QUALITY IN THE HEALTH CARE SECTOR: A COMPARISON BETWEEN KOSOVO AND TURKEY

UKA, Sadat

Business Administration

Supervisor: Associate Professor İbrahim YALÇIN

February 2020, 135 pages

Health quality has been subject of attention of researchers in every field. Different definitions have been given from different authors and new models have been developed over time. SERVQUAL and SERVPERF models were the most frequently used models for measuring health service quality. Although these models were shown successful in measuring quality, they have been criticized from many researchers. The aim of this study is to make a general evaluation of the service quality offered in public hospitals in Kosovo and private Turkish hospitals. Using the convenient sampling method, a survey has been applied to 204 patients. As a result of factor analysis, five main factors that measure service quality have been obtained and are named as hospital environment and examination services, nurses services, physical characteristics, conformity and doctors services. According to the results of the t-test applied to the research data, it was found that service quality components were higher in private Turkish hospitals compared to the Kosovo public hospitals. Similarly, satisfaction level was higher in private Turkish hospitals. In the study, it was concluded that the service quality factors showed differences in terms of the hospital preferences and to some demographic characteristics of the patients.

KeyWords: hospital, service, quality, service quality

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ	i
ÖZET	ii
ABSTRACT	iii
İÇİNDEKİLER.....	iv
TABLolar LİSTESİ	vii
ŞEKİLLER LİSTESİ	ix
KISALTMALAR.....	x
EKLER LİSTESİ.....	xi
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM

1. SAĞLIK HİZMET KALİTESİ İLE İLGİLİ TEMEL KAVRAMLARA BİR BAKIŞ	4
1.1. Hizmetin Tanımı ve Önemi.....	4
1.2. Hizmetin Özellikleri	5
1.3. Kalitenin Tanımı ve Önemi.....	8
1.4. Kalitenin Türleri ve Boyutları	10
1.4. Hizmet Kalitesinin Tanımı ve Boyutları.....	12
1.5. Sağlık Hizmet Kalitesinin Tanımı	15
1.6. Sağlık Hizmet Kalitesinin Boyutları.....	19
1.7. Toplam Kalite Yönetimi Kavramı ve Özellikleri.....	23

İKİNCİ BÖLÜM

2. SAĞLIK HİZMET KALİTESİNİN ÖLÇÜLMESİ VE KOSOVA'DAKİ SAĞLIK SEKTÖRÜ	30
2.1. Sağlık Hizmet Kalitesinin Ölçülmesi	30
2.2. Hasta Memnuniyeti ile Hizmet Kalitesi Arasındaki İlişki.....	34
2.3. Sağlık Hizmet Kalitesi ile İlgili Literatür İncelenmesi.....	38
2.4. Çeşitli Ülkelerde Kıyaslamalı Analizi	43

2.4. Kosova’da Sağlık Sektörünün Gelişimi ve Dinamikleri	46
2.5. Kosova’da Kamu ve Özel Sağlık Sektöründeki Zorluklar	51
2.6. Kosova’nın Özel Sağlık Sektörü	52
2.7. Yıllar Boyunca Sağlık Sisteminin Bazı Göstergeleri	52
2.7.1. Sağlık Sektörünün Fonlaması.....	55
2.7.2. Sağlık Sisteminin Zorlukları ve Yönetimi	56
2.7.3. Sağlık Sağlayıcısı ve Düzelticisi Olan Ana Kurumları	57

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

3. KOSOVA SAĞLIK SEKTÖRÜNDE HİZMET KALİTESİNİN ÖLÇÜLMESİNE İLİŞKİN AMPİRİK ARAŞTIRMA.....	60
3.1. Araştırmanın Amacı, Kapsamı ve Önemi.....	60
3.2. Araştırmanın Sınırları	62
3.3. Araştırmanın Modeli ve Değişkenleri	62
3.4. Araştırmanın Hipotezleri	64
3.5. Araştırmanın Örneklemi	65
3.6. Veri Toplama Aracı ve Yöntemi	67
3.7. Verilerin Analizi.....	68
3.7.1. Ankete Katılanların Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	68
3.7.1. Hizmet Kalitesi Ölçeğinin Geçerliliği	70
3.7.2. Hizmet Kalitesi Ölçeğinin Güvenilirliği.....	73
3.7.4. Araştırmaya Katılanların Hastanelerde Hizmet Kalitesi Düşüncelerine İlişkin Bulgular	74
3.7.5. Kosova Devlet Hastaneleri ile Özel Türk Hastaneleri Arasında Kıyaslama Analizine İlişkin Bulgular	76
3.7.6. Kosova Devlet Hastaneleri ile Özel Türk Hastanelerinde Sunulan Sağlık Hizmet Kalitesinin Hasta Memnuniyeti Üzerine Etkisinin İncelenmesi	80
3.7.7. Kosova Devlet Hastaneleri ile Özel Türk Hastanelerinde Sunulan Sağlık Hizmet Kalitesinin Hastaneyi Tercih Nedenlerine Göre Farklılıkların İncelenmesi ..	82
3.7.8. Kosova Devlet Hastaneleri ile Özel Türk Hastanelerinde Sunulan Hizmet Kalitesinin, Hastaların Demografik Özelliklerine Göre Farklılıklarının İncelenmesi	84

3.7.9. Kosova Devlet Hastaneleri ile Özel Türk Hastanelerinde Hasta Memnuniyetinin İncelenmesi	92
3.7.10. Hasta Memnuniyetinin Hastaların Demografik Özelliklerine Göre Farklılıklarının İncelenmesi.....	93
3.7.11. Hasta Memnuniyetinin Hastaneyi Tercih Nedenlerine Göre Farklılıklarının İncelenmesi	96
3.7.12. Hastane Türü ile Hastaların Demografik Özellikleri Arasında İlişkinin İncelenmesi	97
3.7.13. Hastane Türü ile Hastaneyi Tercih Nedenleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	101
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	105
KAYNAKÇA	114
EK 1. ANKET FORMU	132
ÖZGEÇMİŞ.....	135

TABLÖLER LİSTESİ

Tablo 1. Sağlık Hizmet Kalitesinin Tanımları	17
Tablo 2. Hizmet Sağlayıcılar Tarafından Algılanan TKY'nin hastanelerde kritik boyutları	21
Tablo 3. Yaşam Ve Demografik İstatistiklerle İlgili Temel Göstergeler.....	54
Tablo 4. Araştırmaya Katılanların Demografik Özellikleri	68
Tablo 5. Araştırmaya Katılanların Hastane Türüne Göre Dağılımları	70
Tablo 6. Hizmet Kalitesi Ölçeği Faktör Yapısı	72
Tablo 7. Güvenilirlik Analizinin Sonuçları.....	73
Tablo 8. Araştırmaya Katılanların Hastane Türüne Göre Dağılımları	74
Tablo 9. Hizmet Kalitesi Ölçeğine Verilen Yanıtların Dağılımları.....	75
Tablo 10. Hastane Türüne Göre Hizmet Kalitesi Boyutlarının Farklılıklarının İncelenmesine İlişkin T-testin Sonuçları	77
Tablo 11. Hastane Türüne Göre Hizmet Kalitesi Değişkenlerinin Farklılıklarının İncelenmesine İlişkin T-testin Sonuçları	79
Tablo 12. Kosova Devlet Hastaneleri İle Özel Türk Hastanelerinde Sunulan Sağlık Hizmet Kalitesinin Hasta Memnuniyet Üzerine Etkisine İlişkin Regresyon Sonuçları....	81
Tablo 13. Toplam Hizmet Kalitesi Değişkenlerinin Hasta Memnuniyet Üzerine Etkisine İlişkin Regresyon Sonuçları.....	82
Tablo 14. Toplam Hizmet Kalitesi Değişkenlerinin Hasta Memnuniyet Üzerine Etkisine İlişkin Regresyon Sonuçları.....	82
Tablo 15. Kosova Devlet Hastanelerinde İle Özel Türk Hastanelerinde Sunulan Hizmet Kalitesinin Hastaların Cinsiyetlerine Göre Farklılıklarının İncelenmesine İlişkin T-Testi Sonuçları	85
Tablo 16. Kosova Devlet Hastanelerinde İle Özel Türk Hastanelerinde Sunulan Hizmet Kalitesinin Hastaların Yaş Gruplarına Göre Farklılıklarının İncelenmesine Anova Testi Sonuçları	86
Tablo 17. Kosova Devlet Hastanelerinde İle Özel Türk Hastanelerinde Sunulan Hizmet Kalitesinin Hastaların Eğitim Durumuna Göre Farklılıklarının İncelenmesine Anova Testi Sonuçları	87
Tablo 18. Kosova Devlet Hastanelerinde İle Özel Türk Hastanelerinde Sunulan Hizmet Kalitesinin Hastaların Mesleğe Göre Farklılıklarının İncelenmesine Anova Testi Sonuçları	88
Tablo 19. Kosova Devlet Hastanelerinde İle Özel Türk Hastanelerinde Sunulan Hizmet Kalitesinin Hastaların Medeni Durumuna Göre Farklılıklarının İncelenmesine T-Testi Sonuçları	89
Tablo 20. Kosova Devlet Hastanelerinde İle Özel Türk Hastanelerinde Sunulan Hizmet Kalitesinin Hastaların Aylık Gelirlerine Göre Farklılıklarının İncelenmesine Anova Testi Sonuçları	90
Tablo 21. Hasta Memnuniyet Sorusuna Verilen Yanıtların Dağılımları	92
Tablo 22. Hastane Türüne Göre Hasta Memnuniyet Farklılıklarının İncelenmesine İlişkin T-testi Sonuçları	93
Tablo 23. Hasta Memnuniyetinin Hastaların Cinsiyetlerine Göre Farklılıklarının İncelenmesine T-Testi Sonuçları.....	93

Tablo 24. Hasta Memnuniyetinin Hastaların Yaş Gruplarına Göre Farklılıklarının İncelenmesine Anova Testi Sonuçları	94
Tablo 25. Hasta Memnuniyetinin Hastaların Eğitim Durumuna Göre Farklılıklarının İncelenmesine Anova Testi Sonuçları	94
Tablo 26. Hasta Memnuniyetinin Hastaların Meslek Gruplarına Göre Farklılıklarının İncelenmesine Anova Testi Sonuçları	95
Tablo 27. Hasta Memnuniyetinin Hastaların Medeni Durumlarına Göre Farklılıklarının İncelenmesine T-Testi Sonuçları.....	95
Tablo 28. Hasta Memnuniyetinin Hastaların Aylık Gelirlerine Göre Farklılıklarının İncelenmesine Anova Testi Sonuçları	96
Tablo 29. Hasta Memnuniyetinin Hastaneyi Tercih Nedenlerine Göre Farklılıklarının İncelenmesine Anova Testi Sonuçları	96
Tablo 30. Hastane Türü ile Hastaların Cinsiyetleri Arasındaki İlişkisine İlişkin Ki-kare Testi Sonuçları.....	98
Tablo 31. Hastane Türü ile Hastaların Yaşları Arasındaki İlişkisine İlişkin Ki-kare Testi Sonuçları	98
Tablo 32. Hastane Türü ile Hastaların Eğitim Durumu Arasındaki İlişkisine İlişkin Ki-kare Testi Sonuçları.....	98
Tablo 33. Hastane Türü ile Hastaların Meslek Grupları Arasındaki İlişkisine İlişkin Ki-kare Testi Sonuçları.....	99
Tablo 34. Hastane Türü ile Hastaların Medeni Durum Arasındaki İlişkisine İlişkin Ki-kare Testi Sonuçları.....	100
Tablo 35. Hastane Türü ile Hastaların Aylık Gelirleri Arasındaki İlişkisine İlişkin Ki-kare Testi Sonuçları.....	100
Tablo 36. Hastane Türü ile Hastaların Hastaneyi Tercih Nedenleri Arasında İlişkisinin İncelenmesine İlişkin Ki-Kare Testi Sonuçları.....	101
Tablo 37. Hipotez Test Sonuçları	101

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Kosova Cumhuriyeti Haritası.....	53
Şekil 2. Araştırmanın Modeli.....	63
Şekil 3. Düzeltilmiş Araştırmanın Modeli.....	104



KISALTMALAR

AFSH	: Sağlık Finansman Ajansı sağlık hizmetleri
AKPM	: Kosova Tıbbi Ürünler Ajansı
BGK	: Transparency International'ın Küresel Yolsuzluk Barometresidir
BIRN	: Balkan Araştırmacı Gazetecilik Ağı tüm Kosova
BM	: Birleşmiş Milletler
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
LEB	: Temel İlaçlar Listesi (LEM ile aynıdır)
OECD	: Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü
PH	: Pratisyen Hekim herhangi bir ihtisası olamayan hekimdir
QKUK	: Kosova Üniversite Klinik Merkezi
SB	: Eski Sovyetler Birliğidir
SB	: Sağlık Bakanlığı sağlık hizmetleri politikalarını
UNDP	: Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı
USAID	: Amerika Birleşik Devletleri Uluslararası Kalkınma Ajansı
YSFC	: Yugoslavya Sosyalist Federatif Cumhuriyetidir

EKLER LİSTESİ

EK 1: Anket Formu.....	130
-------------------------------	-----



GİRİŞ

Hizmet kalitesinin değerlendirilmesi, gelişmiş ülkelerde akademisyenleri ve araştırmacıları uzun süredir meşgul eden bazı ilginç zorluklar ortaya koymaktadır. İki ana kaygı, bu konuda tartışmaların devam etmesine neden olmaktadır: Kaliteyi kim hangi ölçütlere göre değerlendirecek (Andaleeb, 2001: 1360)? Yüksek kalitede kamu ya da özel hastane hizmetleri sunmak oldukça zordur. Dolayısıyla da hasta memnuniyetini ölçmek kalitatif ve kantitatif araştırma yapan araştırmacılar, hükümet politika belirleyicileri ve planlayıcıları, ana hastane müdürleri ve tıp uzmanları için daha zor bir görev olmuştur (Al-Borie & Damanhour, 2013: 20). Bir ülkenin sağlık sektörü, sağlık hizmetinin kalitesi hastalarına ve bakmakla yükümlü olduğu kişilere umut ve kolaylık sağladığı için devletten özel bir ilgi görmeyi hak eder. Ayrıca ülkenin kalkınmasına katkıda bulunan sağlıklı bir insan sermayesini de sağlamaktadır (Singh, 2013: 37).

Günümüzün müşteri odaklı pazarında, eninde sonunda hizmetlerin değerini belirleyen şeyin, kalite olduğuna inanılmaktadır. Hastanelerin sunduğu sağlık hizmetleri bağlamında hizmet kalitesi kavramı, işlevsel kalitenin yanı sıra teknik kaliteye de odaklanmaktadır. Yeni nesil sofistike teknolojilerin yardımı ile malların veya hizmetlerin teknik kalitesi iyileştirilebilirken, insan kaynaklarının işlevsel kalitesi tutumlar, hizmet anlayışı, erişilebilirlik, kişilerarası davranışlar, görünüm ve bağlılık gibi davranışsal alanlara kuvvetle vurgu yapılarak iyileştirilebilir (Ramanujam, 2011: 182).

Kosova'daki kamu ve özel hastanelerinde sağlık hizmetlerinin kalitesini ölçmek için bugüne kadar herhangi bir araştırma yapılmamıştır. Aslında, Kosova'daki sağlık sektörü ile ilgili Kosova Sağlık Bakanlığı, Kosova İstatistik Kurumu gibi bazı kamu kurumlardan düzenli raporlar sunulmaktadır fakat hastalar açısından sunulan sağlık hizmetlerinin nasıl değerlendirdikleri konusunda yapılan çalışmalara rastlanmamıştır. Hizmet kalitesinin ölçülmesine yönelik bu araştırma, Kosova sağlık sektörünün hastalar tarafından nasıl görüldüğünü ortaya koymayı hedeflemektedir. Bu çalışma, Kosova'nın devlet ve özel Türk hastanelerinin sağlık hizmet kalitesinin boyutlarını ortaya koymak, Kosova devlet ve Türk özel hastaneleri arasında bir kıyaslama yapmak, dolayısıyla

gelecekte bu sektörün gelişmesi ve sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılması için önerilerde bulunmak amacıyla yapılmıştır.

Bu araştırmada, Kosova devlet hastaneleri ile özel Türk hastaneleri arasında sağlık hizmet kalitesine yönelik genel bir değerlendirme yapılmaktadır. Sağlık hizmet kalitesi boyutlarının hastane türüne göre hastalar tarafından nasıl değerlendirildiği çalışmanın ikincil amacını oluşturmaktadır. En sonda ise hizmet kalitesinin ve hasta memnuniyetinin, hastaneyi tercih nedenlerine ve hastaların demografik özelliklerine göre nasıl farklılaştığı araştırılmaktadır.

Bu çalışma anket yöntemi kullanılarak Kosova devlet hastanelerinde ve özel Türk hastanelerinde yapılan araştırmaya dayanmaktadır. Araştırmanın anakütlesini Kosova devlet hastanelerinde ve özel Türk hastanelerinde tedavi gören 18 yaş üstü hastalar oluşturmaktadır. Anakütlenin tamamına ulaşmak mümkün olmadığı için araştırma kolayda örneklem kullanılarak örnek büyüklüğüyle sınırlandırılmıştır. Anket formları Priştina hastanelerinde bizzat araştırmacı tarafından dağıtılıp toplanmıştır. Diğer şehirlerde ise hekimlerin yardımıyla ve hastanelerin müdürlerinden yazılı izinler ile veri toplaması gerçekleştirilmiştir. Toplam 402 anket formunun dağıtılmasına rağmen sadece 289 anket geri alınmıştır. Anketlerin incelenmesinden sonra devlet hastanelerinden 108 anket, özel Türk hastanelerinden ise 96 anket olmak üzere toplam 204 anket, analizler için geçerli bulunmuştur.

Araştırmanın en önemli kısıtlarını maliyet ve zaman oluşturmaktadır. Kosova'nın dört şehrine gidip hastanelerde bulunan hastalarla görüşmek hem zaman açısından hem de maliyet açısından zor bir süreçtir. Aynı zamanda her poliklinikteki hastalarla görüşmek mümkün değildir.

Araştırmada veriler yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır. Verilerin toplanmasında kullanılan anket dört bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde nominal ölçeğe hazırlanan hastane türü ve hastaneyi tercih nedenleri sorulmuştur. İkinci bölümde 5'li Likert ölçeğinde hazırlanan hizmet kalitesi unsurlarına yer verilmiştir. Üçüncü bölümde 5'li Likert ölçeğinde hazırlanan hasta memnuniyeti derecesi ölçülmüştür. Son bölümde ise cinsiyet, yaş, eğitim durumu, meslek, medeni durum ve aylık gelirleri ile

katılımcıların demografik özellikleri sorulmuştur. Araştırmadan elde edilen veriler t-testi, Tek Yönlü Anova, Tukey ve Ki-Kare testi ve regresyon analizi ile test edilmiştir.

Bu çalışma üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde, hizmet, kalite, hizmet kalitesi gibi temel kavramlara genel bir bakış yapılmıştır. Aynı zamanda sağlık hizmet kalitesi boyutları da belirlenmiştir. Bölümün sonunda da toplam kalite kavramına değinilmiştir. İkinci bölümde, sağlık hizmet kalitesini değerlendirmek için çok yaygın kullanılan SERVQUAL ve SERVPERF gibi hizmet kalitesi ölçekleri açıklanmıştır. Sonrasında bu konuda yapılan literatür çalışmaları incelenmiştir. Bu bölümün ikinci kısmı Kosova sağlık sistemini tanıtmaktadır. Üçüncü bölümde ise, araştırma metodolojisi, araştırma sorusu, araştırmanın hedefleri yer almaktadır. Bu bölümde ayrıca örneklem büyüklüğü, örneğe giren birimlerin seçilmesi, veri toplama yöntemi ve araçları, anketi oluşturan değişkenlerin açıklanması ve araştırmanın sınırlarına ayrıntılı bir şekilde yer verilmiştir. Bu bölümde aynı zamanda yapılan araştırmanın bulguları yer almaktadır. Bu kısımda kullanılan ölçeğin geçerliliği ve güvenilirliği, belirlenen hipotezlerin testi ve elde edilen sonuçların yorumu yapılmıştır. Sırayla hipotezler t-test, Tek Yönlü ANOVA, basit doğrusal regresyon ile analiz edilmiştir. Tez sonuç ve öneriler kısmıyla bitmektedir.

BİRİNCİ BÖLÜM

1. SAĞLIK HİZMET KALİTESİ İLE İLGİLİ TEMEL KAVRAMLARA BİR

BAKIŞ

1.1. Hizmetin Tanımı ve Önemi

Hizmet sektörünün hacmi dünyanın birçok ülkesinde gitgide artmaktadır. Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin çoğu, ulusal ekonomilere büyük ölçüde katkıda bulunan birçok hizmet sektörünün büyümesini deneyimlemektedir. Hizmet sektörü, dünya genelinde GSYİH değerinin üçte ikisini oluşturmaktadır ve birçok ülke için önemli bir istihdam ve ihracat kaynağıdır (Johann, 2015: 7).

Sistematik ve teknik olarak 1700’lü yıllardan bu yana gelişmekte ve aynı zamanda tanımı incelenmekte olan hizmet kavramı, insanların birlikte yaşamalarının doğal bir sonucu olarak yaşamımızın her aşamasında değişik biçimlerde karşımıza çıkmaktadır (Sayım & Aydın, 2011: 245). Mallar, görülebilen, dokunulabilen ve aynı zamanda tadılıp tadılmayabilen, duyulup duyulmayabilen veya koklanıp koklanamayabilen somut ekonomik ürünlerdir. Fakat hizmetler her şey olabilirler (Rathmel, 1966: 32). Basit bir tanımla hizmetler, doğrudan mal üretimi, madencilik veya tarımla ilişkili olmayan çeşitli ekonomik faaliyetler grubudur (OECD, 2000: 7).

Günümüzde ekonomistler arasında, hizmet faaliyetlerinin ve bunların çıktılarının teorik olarak nitelendirilmesi konusunda bir fikir birliği yoktur ve genel olarak maddi mallar ve hizmetler arasında belirli farklılıklar olduğu ve bu farklılıkların ekonomik analizinde bir etkisinin olduğu varsayılmaktadır (Gadrey, 2000: 369). Bir ürünün aksine, hizmet bileşenleri genellikle fiziksel varlıklar değildir, daha ziyade, "planlanmış" veya "tasarlanmış" hizmetle sonuçlanmak üzere uygun şekilde entegre edilmesi gereken süreçlerin, insan becerilerinin ve maddelerin bir birleşimidir (Goldstein vd, 2002: 121). Hizmet, esasen maddi olmayan ve hiçbir şeyin mülkiyeti ile sonuçlanmayan satış için sunulan bir faaliyet, fayda veya memnuniyettir (Kotler & Armstrong, 2018: 244).

Hizmet, eşzamanlı bir etkileşimde esasen üretilen, pazarlanan ve tüketilen faaliyetlerin az ya da çok soyut olan bir faaliyet veya işlem sürecidir (Lehtinen, 1984).

Vergi açısından hizmet, 3065 sayılı Kanunun dördüncü maddesinde, “Teslim ve teslim sayılan haller ile mal ithalatı dışında kalan işlemlerdir.” şeklinde tanımlanmıştır. Bu işlemler; bir şeyi yapmak, işlemek, meydana getirmek, imal etmek, onarmak, temizlemek, muhafaza etmek, hazırlamak, değerlendirmek, kiralamak, bir şeyi yapmayı taahhüt etmek gibi şekillerde gerçekleşebilir (Katma Değer Vergisi Genel Uygulama Tebliği, 2014: 4/332).

Hizmet, bir tarafın karşı tarafa sunduğu bir faaliyet ve pratiktir. Hizmetler, maddi olmayan, parçalamayan, heterojen ve mağaza dışı olmak üzere dört farklı özelliğe sahiptir. Bir hizmetin kalitesi, müşterilerin ihtiyaçlarını ve taleplerini karşılayabilmesiyle ölçülür (Poor vd, 2013: 36). Bir hizmet kuruluşu ancak çok sayıda varlığa, sürece, insana ve malzemeye yatırımları yaptıktan (veya dış kaynak kullandıktan) sonra bir hizmet sunabilir. Yüzlerce veya binlerce bileşenden oluşan bir ürün üretmek gibi hizmetler, benzer şekilde yüzlerce veya binlerce bileşenden oluşur (Goldstein vd, 2002: 121).

1.2. Hizmetin Özellikleri

Hizmetlerin bir dizi özelliği literatürde işlenmiş ve tartışılmıştır. Çoğu hizmet için dört temel özellik tanımlanabilir (Grönroos, 1988: 10):

- Hizmetler az ya da çok soyuttur.
- Hizmetler fiziksel şeylerden ziyade faaliyetler veya bir dizi faaliyetlerdir.
- Hizmetler en azından bir dereceye kadar aynı anda üretilir ve tüketilir.
- Müşteri üretim sürecine en azından bir ölçüde katılır.

Bununla birlikte, literatürde hizmet özellikleri genel olarak soyutluk, bitişiklik, heterojenlik ve dayanıksızlık olmak üzere dört gruba ayrılmıştır (Kotler & Armstrong, 2018: 258; Lehtinen & Järvinen, 2015: 170; Jan, 2012: 37; Moeller, 2010: 362; Vargo & Lusch, 2004: 326; Chernatony & Riley, 1999: 181; Wolak vd, 1998: 24; Gabbott & Hogg, 1994: 313).

Bir hizmeti gerçekleştirmek doğası gereği maddi olmayan bir işlemdir. Dolayısıyla hizmetin en belirgin özelliği soyutluğudur (Wolak vd, 1998: 25). Hizmetler, yüksek derecede soyutluk ile nitelendirilmiş ve soyutluk derecesinin tüketici beklentilerinin oluşumuna etkisi olabilir (Trifa & McQuilken, 2001). Bu tanım, bir hizmet sağlayıcı/müşteri etkileşiminde sonuç belirleyiciler olarak somut olmayan faktörlerin önemini vurgulamakta yeterince ileri gitmemektedir. Aslında, bir hizmet, alıcının dokunabileceği maddi unsurlarla çevrili olduğu gibi, ürünün kendi olmayan bir malın ticarileşmesi, pazarlamanın unsurlarının yanı sıra, ürüne değer katan hizmetler gibi maddi olmayan faktörlere de bağlıdır. Bir başka deyişle, tüketici için yalnızca bir “hizmet üreticisi” olarak görülebilir (Flipo, 1988: 288).

Maddi olmayan hizmetleri aşağıdaki gibi gruplamak mümkündür (Andrii, 2015: 271):

1. Geleneksel maddi olmayan hizmetler: Mevcut ekonomik gelişme ve iyi bir toplum standardı nedeniyle insani temel maddi olmayan ihtiyaçları karşılamak üzere tasarlanmıştır (örneğin, iletişim, ulaşım, yiyecek içecek hizmetleri gibi).
2. Yenilikçi maddi olmayan hizmetler: Endüstriyel üretimin geliştirilmesi, sosyal gelişim, kişisel ve toplum yaşam standartlarının iyileştirilmesini (tıp, eğitim, araştırma vb.) amaçlamaktadır.

Zeithaml & Bitner (1996: 518) tarafından aktarılan hizmetin fiziksel özelliklerinin eksikliği kavramının yanı sıra, aynı zamanda soyutluğunun değerlendirilmesinde göz önünde bulundurulması gereken fiziksel kanıt kavramı da vardır. Fiziksel kanıt, hizmetin sunulduğu ortam ve şirketin ile müşterinin etkileşime girdiği yerdir; ve hizmetin performansını veya iletişimini kolaylaştıran herhangi bir maddi maldır (Bebko, 2000: 9).

Hizmetin ikinci özelliği, ayrılmazlık, fiziksel ürünlerin özelliklerini belirleyen üretim, satın alma ve tüketimin ardışık niteliği ile karşılaştırıldığında hizmet üretimi ve tüketiminin eşzamanlı doğası anlamına gelir (Vargo & Lusch, 2004: 336). Carmen & Langeard (1980: 8) ayrılmazlığın alıcıyı üretim süreci ile yakından temas etmeye zorladığını çünkü müşterinin birçok hizmetin üretimi sırasında mevcut olması gerektiğini

belirtmektedir. Bu da hizmet sağlayıcısının sonuç ve sunulan hizmet kalitesi üzerinde tam kontrol sahibi olmasını zorlaştırmaktadır.

Heterojenlik, iki hizmetin tamamen aynı olmadığı anlamına gelir. Hizmetin kalitesi ve gücü müşteriden müşteriye, üreticiden üreticiye ve günden güne değişebilir. Heterojenlik, istikrar ve kaliteyi sürdürme zorluğudur; çünkü davranış ve performans yalnızca hizmet çalışanları arasında değil, aynı çalışanın bir müşteriden diğerine olan etkileşimleri arasında bile değişiklik gösterir (Abbasi & Dahiya, 2016: 346). Hizmet sunumundaki insan unsuru, fabrika ürünü olarak kalite kontrol önlemlerine tabi tutulamaz, bu nedenle her hizmet deneyimi potansiyel olarak benzersizdir ve tutarlılığı sağlamak zor olabilir (Chernatony & Riley, 1999).

Heterojenlik, bir hizmetin her zaman performanstaki bazı değişikliklere maruz kalması anlamına gelir ve gerçekçi performans standartlarının geliştirilmesi son derece zordur. Tüketicinin, teklifin neye benzeyeceğinden daha kesin olduğu tekrarı satın alma senaryosunda, hizmetlerin heterojenliği kesinliği baltalamaktadır (Mitchell & Greated, 1993: 180). Bir hizmetin üretildiği her seferde değişme gerçeği de olumlu olarak görülebilir. Örneğin, potansiyel alıcıların son derece yenilikçi, yeni bir hizmetin faydalarını kavramada zorluk çektiği durumlarda, bu hizmetin müşterilerinin özel ihtiyaçlarına göre özelleştirmesi başarılı bir şekilde piyasaya sürmek için uygun bir yol olabilir. Benzer şekilde, finansal danışmanlık hizmetleri, yönetim danışmanlığı, reklamcılık veya sistem tasarım hizmetleri gibi alanlarda, başarılı bir yeni hizmet stratejisi, hem müşteride hem de hizmet sağlayıcıda bulunan heterojenliği açıkça vurgulayacaktır (Brentani, 1989: 244).

Dayanıksızlık, hizmetlerin saklanamayacağı, stoklanamayacağı, tekrar satılamayacağı veya iade edilemeyeceği fikrini ifade eder (Järvinen & Lehtinen, 2004: 81). Doldurulamayan otel odaları, satın alınmayan havayolu koltukları ve kullanılmayan telefon hatları geri alınamaz. Talep, arzı aşarsa hizmet metası depodan alınamadığı için karşılanamaz. Kapasite talepleri aşırsa bile, hizmetin gelir değeri kaybedilir (Zeithaml vd, 1985: 34).

1.3. Kalitenin Tanımı ve Önemi

Yöneticiler mevcut rekabetçi pazarlarda “kalitenin” stratejik önemini kabul etmişlerdir. Evrensel olarak kabul edilmiş bir kalite tanımı olmadan, yöneticiler, müşteriler ve araştırmacılar arasındaki iletişim zor bir biçimde gerçekleşir (Seawright & Young, 1996: 107). Bir işletmeye sahip olan müşteriler, özellikler, standartlar ve diğer önlemler kullanarak kaliteyi çok net bir şekilde tanımlayacaktır. Bu, kalitenin tanımlanabileceği ve ölçülebileceği anlamına gelir. Az sayıda tüketici istendiğinde kaliteyi tanımlayabiliyorsa eğer bu, kaliteyi gördüklerinde herkes bilebileceği anlamına gelir. Bu, kalitenin bakanın gözünde olduğu konusunda kritik bir noktaya değinmektedir (Goetsch & Davis, 2014: 1).

Kalite kavramının değişik durumlar için kullanılıyor olmasından dolayı farklı tanımlar ve yorumlar ortaya çıkmıştır. Bugünün iş dünyasında kabul edilen tek bir kalite tanımı yoktur. Latince “qualis” kelimesinden gelen kalitenin sözlük anlamı “nitelik, özellik”tir. Kalite genellikle bir organizasyon, olay, ürün, hizmet, süreç, kişi, sonuç veya faaliyetin benzerlerinden farklılığını ifade eder (Boran, 2008). Tuchman (1980: 38), kaliteyi mümkün olan en iyi sonuçları elde etmek için mümkün olan en iyi beceri ve çabanın yatırımı olarak tanımlamıştır. Ya iyi yaparsınız ya da orta düzeyde iyi. Özensiz veya hileli olmaktan ziyade kalite, en yüksek standarda ulaşmaktır. İkinci oran ile uzlaşmaya izin vermez.

Amerikan Kalite Derneği, kaliteyi, belirtilen ya da ima edilen müşteri ihtiyaçlarını karşılama yeteneğine dayanan bir ürün ya da hizmetin özellikleri olarak tanımlar. Benzer şekilde, Siemens kaliteyi şu şekilde tanımlamaktadır: “Kalite, müşterilerimizin geri geldiği ve ürünlerimizin geri dönmediği zamandır.” (Kotler & Armstrong, 2018: 249) Eldin (2011: 3), kalite yönetiminde “kalite” kelimesinin birçok anlamından ikisinin kritik öneme sahip olduğunu aktarmaktadır:

1. Kalite, müşterilerin ihtiyaçlarını karşılayan ve dolayısıyla müşteri memnuniyetini sağlayan ürünlerin özelliklerinin anlamına gelir. Bu bağlamda kalitenin anlamı gelire yöneliktir. Bu kadar yüksek kalitenin amacı daha fazla müşteri memnuniyeti sağlamak ve bu umutla geliri artırmaktır.

2. Kalite, eksikliklerden kurtulma – yeniden çalışma (işleme) gerektiren veya alan arızalarına, müşteri memnuniyetsizliğine, müşteri taleplerine vb. neden olan hatalardan kurtulma özgürlüğü anlamına gelir.

Kalite, belirli bir özelliğin varlığına ya da yokluğuna dayanır. Bir nitelik isteniyorsa, bu tanımın altındaki bu nitelikten daha büyük miktarlar bu ürünü veya hizmeti daha yüksek kaliteli olarak etiketleyecektir (Leffler, 1982: 956). Kalite, resmi ve gayri resmi müşteri taleplerini en düşük maliyetle, ilk ve her seferinde karşılamaktır (Flood, 1993: 48). Uluslararası Standartlar Örgütü (ISO) 9000'nın standartlaştırılmış kalitenin tanımı, müşteri tarafından istenen bir ürünün (veya hizmetin) tüm özelliklerini ifade eder (Hamson & Zuckerman, 2002: 82). Kalite, tüketicinin bir hizmetin mükemmelliği ile ilgili yaptığı genel yargı olarak da tanımlanır. Son yirmi yıl boyunca, kalitenin en sık kullanılan operasyonelliği Parasuraman, Zeithaml ve Berry (1988) tarafından ortaya konan bir tutarsızlık ölçütü olmuştur.

Garvin'e göre, ürünler pazar araştırması yoluyla tasarıma geçtiği için kullanıcıdan ürün temeline ve tasarımdan üretim temeline geçtiği için üründen üretim temelli yaklaşımını değiştirmek gerekir. Dolayısıyla kalite tanımı her yaklaşımda değişecek ve bir arada var olabilecektir. Ayrıca kalite tanımının sanayiden sanayiye göre de değişebilecektir (Dahlgaard vd, 2002: 11).

Kalitenin tanımlanması ve ölçülmesine yönelik çabalar büyük ölçüde üretim sektöründen gelmiştir. Hakim Japon felsefesine göre, kalite “sıfır hata – ilk seferinde doğru yapmak”tır (Parasuraman vd, 1985: 41). Yapılan bazı kalite tanımlarını şu şekilde sıralamak mümkündür (Yılmaz, 2003: 3):

- Kullanıma uygunluktur.
- Mükemmeli arayışın sistematik bir yaklaşımıdır.
- Şartlara uygunluktur.
- Bir ürün veya hizmetin değeridir.
- Bir mal veya hizmetin belirli bir gereksinimi karşılayabilme yeteneklerini ortaya koyan karakteristiklerin tümüdür.

- En ekonomik, en kullanışlı ve müşteriye daima tatmin eden kaliteli ürünü geliştirmek, tasarımı yapmak, üretmek ve satış sonrası hizmetlerini vermektir.
- Belirli bir malın veya hizmetin tüketicinin isteklerine uygunluk derecesidir.
- Ürün veya hizmeti ekonomik bir yoldan üreten ve tüketici isteklerine cevap veren bir üretim sistemidir.
- Herhangi bir ürün sınıfının özelliklerinin, insan topluluklarının istek potansiyelini karşılayabilme derecesidir.

Kalite önemlidir çünkü üretkenliği artırır. Tüketiciler bir ürünün daha iyi içsel kalitesi için önemli ölçüde daha fazla ödeme yapmaya istekli olduklarından, pazarda daha iyi performans sağlar. Avrupa Kalite Yönetimi Vakfı (EFQM) araştırmasına göre, kalitenin önemli olmasının dört ana sebebi: nihai müşteri için satın alma argümanı, maliyetleri azaltmak, esnekliği ve yanıt verebilirliği arttırmak ve ana verim süresini azaltmak için önemli bir yol olmasıdır (Gale, 2003: 11).

1.4. Kalitenin Türleri ve Boyutları

Spacey (2017) kalitenin hem özellikler gibi somut hem de yemeğin tadı gibi soyut yönleri içerdiğini belirtmektedir. Kalite türlerini şöyle özetlemektedir:

- Ürün kalitesi: Müşteri ihtiyaçlarına uygun ve müşteri beklentilerini karşılayan ürünler.
- Hizmet kalitesi: Ortamlar, müşteri hizmetleri ve müşteri deneyimi gibi somut olmayan kalite unsurlarını içeren hizmetler.
- Deneyim kalitesi: Tıp, eğitim, eğlence, etkinlikler ve hizmetler gibi alanlardaki deneyimlerin kalitesi.
- BT kalitesi: Bilgi teknolojisinin kalitesi.
- Veri kalitesi: Verinin teknik kalitesi.
- Bilgi kalitesi: Verilerin insanlarla ilgili olarak kalitesi.

- Yaşam kalitesi: Bireylerin ve toplumların mutluluğu, sağlığı, güvenliği, refahı gibi.

Kaliteli ürünler sunmak, tüketicilerin kaliteyi değerlendirmek için kullandıkları ana boyutların ve işaretlerin anlaşılmasını gerektirir (Brucks vd, 2000: 359). Garvin (1984: 29), performans, özellikler, güvenilirlik, uygunluk, dayanıklılık, hizmet kolaylığı, estetik ve algılanan kalite olmak üzere kalitenin sekiz boyutunu tanımlar. Her biri kendi kendine yeter ve belirgindir. Çünkü bir ürün diğerine göre düşük bir sırada yer alırken, bir başka boyutta yüksek bir sırada yer alabilir.

İlk boyut, bir ürünün birincil işlem özelliklerini ifade eden performanstır. Bir otomobil için bunlar hızlanma, yol tutuş, seyir hızı ve konfor gibi özellikler; bir televizyon için, ses ve görüntü netliği, renk ve uzaktaki istasyonları alma yeteneğini içerir (Garvin, 1984: 30). Performans, ürünün veya hizmetin temel amacı veya ürün veya hizmetin amacına ne kadar iyi ulaştığı ile ilgilidir (Madu & Madu, 2002: 249).

Özellikler, ürünün temel işlevini tamamlayan ikincil özellikler olan ürünlerin “çanları ve ısıkları”dır. (Garvin, 1984: 30; Madu & Madu, 2002: 249). Örnek olarak uçaklarda ücretsiz içecekler, çamaşır makinesinde pamuk baskıların yanı sıra kalıcı baskı ve renkli televizyonda otomatik ayarlayıcılar verilebilir. (Garvin, 1984: 30).

Güvenilirlik, bir ürünün belirli bir süre içinde başarısız olma olasılığını yansıtır (Garvin, 1984: 30). Ürün veya hizmetin zaman içindeki performans tutarlılığını ölçer (Madu & Madu, 2002: 249). Japon üreticiler tipik olarak bu kalite boyutuna büyük önem verir ve bunu otomotiv, tüketici elektroniği, yarı iletken ve fotokopi makinesi endüstrilerinde rekabet üstünlüğü sağlamak için kullanmışlardır (Garvin, 1984: 31).

Uygunluk, bir kalite boyutu veya bir ürünün tasarım ve çalıştırma özelliklerinin önceden belirlenmiş standartlara uyma derecesidir (Garvin, 1984: 31; Sebastianelli & Tamimi, 2002: 445). Uygunluk, ürün veya hizmetin müşterilerin beklentilerini nasıl karşıladığını ele alır (Madu & Madu, 2002: 249).

Dayanıklılık, ürün veya hizmetin kullanım ömrünü ölçer (Madu & Madu, 2002: 249). Dayanıklılık, bir kişinin fiziksel olarak bozulmadan önce bir üründen aldığı

kullanım miktarı olarak tanımlanabilir. Bir aydınlık ampul mükemmel bir örnek sunar: Çok fazla kullanımdan sonra, filament yanar ve ampulün değiştirilmesi gerekir. Onarım imkansızdır (Garvin, 1984: 31).

Kalitenin altıncı boyutu servis kolaylığı veya onarımın hızı, inceliği ve yetkinliğidir. Tüketiciler sadece bir ürünün bozulması ile değil, aynı zamanda servis sunulmasından önceki geçen süre, servis randevularının tutulduğu zaman, servis personeli ile yaptıkları işin niteliği ve servis çağrılarının veya onarımlarının olağanüstü sorunları çözmek için başarısız olma sıklığı ile de ilgilidir (Garvin, 1984: 32). Servis kolaylığı, gerektiğinde ürünün bakımını yapma veya müşterilerden gelen anlaşmazlıkları ve şikayetleri çözme kolaylığı ile ilgilidir. Buradaki sorunların çoğu satış sonrası hizmetler ile ilgilidir (Madu & Madu, 2002: 249).

Kalitenin son iki boyutu en öznedir. Hem estetik hem de algılanan kalite, kullanıcı tabanlı yaklaşımla yakından ilgilidir. Estetik – bir ürünün nasıl görüldüğü, hissedildiği , tadıldığı veya koktuğu gibi – açıkça kişisel yargılama ve kişisel tercihlerin yansımasıdır (Garvin, 1984: 32). Estetik, duysal özellikleri ve ürün veya hizmetin dış görünümü ile ilgilenir. His, görünüm, ses gibi özellikler önemlidir (Madu & Madu, 2002: 249).

Kalite algıları estetik değerlendirmeler kadar öznel olabilir. Çünkü tüketiciler bir ürünün özellikleri hakkında her zaman tam bilgi sahibi olmayabilir. Markaları karşılaştırırken sık sık dolaylı önlemlere güvenmek zorundadırlar (Garvin, 1984: 32). Algılanan kaliteye çoğu zaman itibar denir. Ürünün veya hizmetin geçmiş performansına ve algılanan kalitesini etkileyebilecek diğer soyut varlıklara dayanarak algılanan itibarıdır (Madu & Madu, 2002: 249).

1.4. Hizmet Kalitesinin Tanımı ve Boyutları

Hizmet kalitesi küreselleşen rekabet karşısında ve hizmet pazarlamasının farklılığının anlaşılması üzerine gittikçe önem kazanmaya başlamıştır. Hizmet sektöründe yaşanan bu tip gelişmeler, hizmet kalitesi, kalitenin ölçülmesi ve müşteri memnuniyeti

gibi konuların tartişılmasına zemin hazırlamış ve içinde bulunulan yoğun rekabet ortamında yerini almasını sağlamıştır (Korkmaz & uhadar, 2017: 73).

Hizmet kalitesi rekabet edebilirliğin kritik bir belirleyicisi olarak kabul edilir. “Hizmet Kalitesi”ne dikkat edilmesi, bir kuruluşun kendisini diğer kuruluşlardan farklılaştırmasına ve bu sayede kalıcı bir rekabet avantajı kazanmasına yardımcı olabilir (Ghobadian vd, 1994: 44).

Hizmet kalitesi, araştırma literatüründe hem tanımlanmasında hem de ölçülmesinde genel bir görüş birliği olmadığı için ortaya çıkan zorluklar nedeniyle büyük ilgi ve tartişma uyandıran bir kavramdır (Wisniewski, 2001: 380). Hizmet kalitesi, ürün kalitesiyle kıyaslandığında tanımlamak ve değerlendirmek zordur. Örneğin, sa kesiminin kalitesine karar vermek, sa kurutma makinesinin kalitesine karar vermeye göre daha zordur. Müşteri tutma, belki de kalitenin en iyi ölçüsüdür. Bir hizmet firmasının müşterilerine yönelme kabiliyeti, onlara ne kadar tutarlı değer verdiğine bağlıdır (Kotler & Armstrong, 2018: 263). Müşteri kalite algıları, hizmetin veriliş şeklinden (rneğin, işlevsel kalite) ve sonuçlardan (rneğin teknik) etkilenir (Kenyon & Sen, 2015: 215).

Hizmet kalitesi, beklentilerin performansla karşılaştırılması sonucunda ortaya çıkan, ancak memnuniyetle eşdeğer olmayan bir tutum biçimi olarak da tanımlanmıştır (Cronin & Taylor, 1992: 56). Hizmet kalitesinin tanımları, müşterilerin bir hizmetle ilgili beklentileri ile hizmetin nasıl gerçekleştirildiğine ilişkin algıları arasında yaptıkları karşılaştırmanın bir sonucu olduğu fikrinin etrafında yoğunlaşırlar (Caruana vd, 2000: 1339).

Hizmet kalitesi, verilen hizmet seviyesinin müşterilerin beklentilerine ne kadar iyi uyduğunun bir ölçüsüdür. Kaliteli hizmet sunmak, tutarlı bir şekilde müşteri beklentilerine uygunluk anlamına gelir (Lewis & Booms, 1983: 99). Hizmet kalitesi literatüründe kullanıldığı şekliyle "beklentiler" terimi, tüketiciler memnuniyeti literatüründe kullanılmasından farklıdır. Memnuniyet literatüründe beklentiler, yaklaşan bir işlem sırasında ne olabileceği konusunda müşteri tarafından yapılan "tahminler" olarak görülür. Hizmet kalitesi literatüründe beklentiler, tüketicilerin istekleri veya ihtiyaçları, yani bir hizmet sağlayıcının teklif etmek yerine sunması gerektiğini düşündükleri ve tüketicilerin

beklentileri veya istekleri geçmiş deneyimlerden etkileneceği şeklinde görülür (Lewis & Mitchell, 1990: 12). Hizmet kalitesi, hizmet üstünlüğü ile ilgili genel sonuçlara bir bakış niteliğinde olsa da bu görüşün kesin niteliği biraz belirsizliğini korumaktadır (Hadi vd, 2019: 4).

Hizmet kalitesinin kavramsallaştırılması, defo oranı gibi kalitenin somut ve kolayca ölçülebilir yönleri ile hizmet sağlayıcılar arasında heterojenlik gibi maddi olmayan yönlerini kabul etmiştir (Roy vd, 2019: 2).

İyi tasarlanmış ve yönetilen hizmet kalitesi girişimlerinden (Lewis, 1993: 24):

- Memnuniyet yoluyla artan müşteri sadakati
- Ağızdan ağıza iletişimden yeni müşterilerin çekiciliği
- Geniş satış ve uzun vadeli ilişkiler için artan fırsatlar
- Çalışanların iş tatmini, morali ve şirkete bağlılığı
- Artan personel sadakati ve azalan personel cirosu
- Artan kurumsal imaj ve fiyat rekabetindeki olası kazanımlar

gibi bir dizi fayda elde edilebilir.

Çoğu zaman "kalite" terimi, bir çeşit kaynak ve faaliyetin fonksiyonu değil, bir değişkenmiş gibi kullanılır. Hizmet şirketlerinin gelecekte başarılı bir şekilde rekabet edebilmek için hizmetlerinin kalitesini geliştirmek zorunda kalacağını belirtmek, ancak ilk hizmet kalitesinin tüketiciler tarafından nasıl algılandığını tanımlamak; ve ikinci dalga hizmet kalitesinin ne şekilde etkilendiğini belirlemek gerekir (Grönroos, 1984: 36).

Pazarlama literatürü algılanan hizmet kalitesinin, teknik performans ve fonksiyonel performans olmak üzere iki alt işleme bölünebileceğini belirtmektedir. Araştırmacılar, teknik (çıktı) kalitenin gerekli olduğunu, ancak müşteri memnuniyetini sağlamak için her zaman yeterli bir koşul olmadığını ve genel olarak algılanan hizmet kalitesinin, işlevsel (etkileyici) kalitenin elde etmeyi içerdiğini iddia etmektedirler (Kettinger & Lee, 1994: 743).

Birçok yazar tarafından kabul edilen Hizmet Kalitesinin üç boyutu aşağıdaki gibidir (Grönroos, 1982: 33):

- Hizmet karşılaşmasının sonucunun teknik kalitesi, yani müşteri tarafından ne elde edildiğidir.
- İşlemin işlevsel kalitesi, yani hizmetin nasıl verildiği. Bu, alıcı ile satıcı arasındaki psikolojik etkileşimle ilgilidir ve çalışanların davranışları ile tutumları, çalışanlar ile müşteriler arasındaki ilişkiler, hizmet personelinin görünümü ve kişiliği, hizmet anlayışı ve personelin ulaşılabilirliği gibi unsurları içerir.
- Tüketicilerin firmayı nasıl algıladığının bir sonucu olan kalitenin kurumsal imaj boyutu ve temel olarak hizmetlerinin teknik ve fonksiyonel kalitesi tarafından geliştirilmesinin beklenebileceği ve sonuçta hizmet algılarını etkileyeceği tahmin edilmektedir.

Hizmet kalitesi, hizmet sunma sürecine ilişkin boyutların yanı sıra manipülasyon kolaylığı, güvenlik ve bilgilerin tüketiciye katma değerinin somut olmayan önlemlerini de içerir (Kahn vd, 2002: 186).

Çalışma, temel hizmet, kalite ve hizmet kalitesi kavramlarına değindikten sonra, sağlık sektöründe hizmet kalitesi ile devam etmektedir.

1.5. Sağlık Hizmet Kalitesinin Tanımı

Dünya, insanın sağlık ve refahını etkileyen hızlı ekonomik, çevresel, teknolojik ve demografik değişimler yaşamaktadır. Bu etkiler her zaman yararlı değildir ve bir dizi kilit eğilim ve önemli zorluklar doğurur (WHO, 2018: 4). Kuruluşların, kalitelerini iyileştirmeleri ve dolayısıyla günümüzün küresel rekabet piyasasında rekabet güçlerini arttırmaları giderek daha önemli hale geldiğinde, kalitenin sağlık sektörüne dahil edilip edilmeyeceği konusunda artık bir soru yoktur fakat bunun yapmanın en etkili yolunun ne olduğunu tartışılmaktadır. Bu nedenle, kalitenin sağlık sistemine neden derinden gömüldüğü ve sağlık hizmetlerinin her bir hasta/müşteriye sunulmasının neden bu kadar önemli olduğu oldukça makul hale gelmiştir (Tošić vd, 2018: 201).

Tıbbi bakımın kalitesi geleneksel olarak mortalite ve morbidite gibi objektif kriterler kullanılarak ölçülmüştür. Bu göstergeler klinik kaliteyi değerlendirmek için gerekli olsa da daha yumuşak, daha öznel değerlendirmeler sıklıkla göz ardı edilir. Gerçekte, sağlık sektörü, kalite değerlendirmesine yönelik arz yönlü bir yaklaşımın ötesine geçmek için yavaş olmuştur (Dagger vd, 2007: 124). Dengeli doğum ve ölüm oranları ve düşük hastalık insidansı ile nitelendirilen sağlıklı bir nüfus, bir ulusun büyümesi ve refahı için esastır. Bu, insanlara sağlanan sağlık hizmetlerinin kalitesi, hastalığın uygun şekilde yönetilmesinde başarılı olursa ve nüfusun büyük bir çoğunluğu için uygun bir maliyetle mevcutsa başarılabilir (Duggirala vd, 2008: 560).

Sağlık hizmeti kalitesinin tanımlanması ve ölçülmesi diğer sektörlere göre daha zordur. Soyutluk, heterojenlik ve eşzamanlılık gibi belirgin sağlık sektörü özellikleri kaliteyi tanımlamayı ve ölçmeyi zorlaştırmaktadır. Sağlık hizmeti soyut bir üründür ve üretilen ürünler gibi fiziksel olarak dokunulmaz, hissedilmez, izlenemez, sayılamaz veya ölçülemez (Mosadeghrad, 2014: 78). Sağlık hizmeti; hemşirelik, yiyecek ve içecek, koğuş hizmeti ve diğer yardımcı hizmetler gibi tüm tıbbi destek hizmetleri olarak tanımlanmaktadır (Lee vd, 2006: 564).

Donabedian (1980: 5), sağlık hizmet kalitesini “Tıp bilimi ve teknolojisinin, riski artırmadan sağlığa faydasını en üst düzeye çıkaracak şekilde uygulamasıdır.” olarak tanımlamıştır. Teknik kalite – sağlanabilir sağlık kazancı elde etmede bakımın etkinliği; kişilerarası kalite – hastanın ihtiyaç ve tercihlerini karşılamak; ve kolaylıklar – fiziksel çevre ve organizasyon özellikleri gibi sağlık hizmet kalitesinin üç bileşenini ayırt edilir hale getirmiştir.

DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü) (2000)’a göre kaliteli bakım: “Sağlığın geliştirmesi için iç sağlık sisteminin hedeflerine ulaşma düzeyi ve toplumun beklentilerini karşılamak için harekete geçirilmesidir.”. Kaliteli sağlık hizmeti, doğru şeyi doğru zamanda doğru şekilde doğru kişiyle yapmak ve mümkün olan en iyi sonuçları elde etmek demektir (Kelley vd, 2005: 3). Allen-Duck vd, (2017: 5)’e göre sağlık hizmet kalitesi, mükemmellik kültürüne yansıyan, optimum veya istenen sonucun elde edilmesine yol açan etkili ve güvenli bakımın sağlanmasıdır.

Hizmet sağlık kalitesinin değerlendirilmesi yapılmadan önce, biri “maksimalist” ve diğer “iyimser” olmak üzere iki şartname belirleyerek finansal maliyetlerin kalite tanımına hesaba katıp katmama gerektiğini tartışmaktadır. Maksimalist şartname, finansal maliyetleri yok saymakla birlikte daha fazla sağlık iyileştirmelerini ulaştırmak için en yüksek beklenen kalite düzeyini belirler. Diğer yandan, bunun aksine, iyimser kalite şartnamesine göre önemli sağlık gelişmelerini sağlamayan çok pahalı müdahalelerden kaçınılmalıdır (Evans vd, 2001: 443). Ayrıca, Legido-Quigley vd, (2008: 3) Donabedian’ın tanımına dayanarak hizmet kalitesinin, başlangıçta maksimalist bir bakış açısıyla değerlendirildiği ve daha sonra mevcut girdilerden alınabilecek en yüksek değer olarak görüldüğu değerler kavramının seçildiğini önermektedir.

Tablo 1. Sağlık Hizmet Kalitesinin Tanımları

Yazar/Kuruluş	Tanım
Donabedian (1980)	Kaliteli sağlık hizmeti, hizmet sürecinin bütün aşamalarındaki beklenen kazançlar ve kayıplar dengesi hesaba katıldıktan sonra, hastanın iyilik halinin kapsamlı bir ölçüsünü en üst düzeye çıkarılmasıdır.
IOM (1990)	Sağlık kalitesi, bireylere ve topluma sunulan sağlık hizmetlerinin, arzulanan sağlık düzeylerine ulaşma olasılığını artırma ve şimdiki profesyonel bilgiyle tutarlı olma derecesidir.
Sağlık Bakanlığı (BK) (1997)	Sağlık kalitesi: • Doğru hizmetlerin (ne) • Doğru kişilere (kime) • Doğru zamanda (ne zaman) • İlk seferde doğru şekilde sunulmasıdır.
Avrupa Konseyi (1998)	Sağlık kalitesi, sunulan tedavinin hastanın istenen sonuçlara ulaşma şansını arttırdığı ve mevcut bilgi durumuna bağlı olarak istenmeyen sonuçların şansını azalttığı derecedir.
DSÖ (2000)	Sağlık kalitesi, sağlık sistemlerinin sağlığın iyileştirilmesi ve kişilerin beklentilerine cevap verebilmesi için içsel hedeflerine ulaşma düzeyidir.

Kaynak: Legido-Quigley vd, (2008). Assuring the Quality of Health Care in the European Union: A Case for Action. World Health Organization 2008, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies

Tablo 1, literatürde belirtilen ve en sık uygulanan bakım kalitesi tanımlarına genel bir bakış sunmaktadır.

1990’larda IOM raporunun yazarları, kaliteli hizmetin 100’den fazla tanımı ve parametresini incelemişlerdir. Bu incelemeye dayanarak, yazarlar belirlenen 18 boyuttan 8’ini dikkate alan bir bakım kalitesi tanımına ulaşmışlardır. Yukarıdaki tabloda gösterildiği gibi sundukları tanım (Legido-Quigley vd, 2008: 3):

- Ölçekli bir ölçüm içerir.
- Sağlık hizmetlerine atıfta bulunan çok çeşitli bakım unsurlarının altını çizer.
- Aynı zamanda, kalite sağlama çabalarında kilit hedefler olarak bireyleri ve toplumu belirler.
- Hükümetlerden, hastalardan, idarecilerden, hekimlerden veya diğer sağlık sisteminin katılımcılarından gelip gelmediklerine bakılmaksızın, sağlık sistemini bir parça haline getiren belirli hedeflere yöneliktir.
- Hizmet kalite değerlerinin önemli olduğu bakış açılarını farklılaştırma olanağı sağlayarak, bakış açısı belirtmeksizin sonuçların önemini tanımaktadır.
- Toplumsal ve bireysel hasta tercihlerinin önemini vurgulamakta ve sağlık bakımı politikaları oluştururken karar vericiler tarafından hastaların arzularının dikkate alındığını belirtmektedir.
- Durumun (yapının) ciddi olduğunu göstererek ve sağlık hizmeti vericilerinin en iyi mevcut bilgileri kullanmaktan sorumlu olduğunu ima ederek, teknik, tıbbi ve bilimsel bilgilerinde profesyonel performanstaki sınırlamalarını vurgulamaktadır.

Donabedian tarafından tanımlandığı gibi bakım kalitesi, bakımın yapısını veya organizasyonunu, yapının sağlayıcılar tarafından sunulan klinik bakım süreçleri

üzerindeki etkisini ve son olarak da hasta düzeyinde sağlık bakımı sonucunu içerir (Kilbourne vd, 2018: 30). İnsanların sağlık hizmeti kalitesi algısı, beklentilerin, gerçek deneyimler ve alınan bakımın gerçekliğiyle karşılaştırıldığı bir değerlendirme sürecinin sonucudur (Duku vd, 2018: 4).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO), küresel sağlık bakımını kapsayan geniş tabanlı bir tanım sunmaktadır: “Bireylere ve organizasyonlara sunulan sağlık hizmetlerinin, istenen sağlık sonuçlarını iyileştirme derecesidir. Bunu başarabilmek için sağlık hizmetleri güvenilir, etkili, zaman sınırlarına uyumlu, verimli, eşit ve hastaya odaklı olmalıdır.” (Johnson & Sollecito, 2020: 2).

Hasta katılımının, sağlık hizmetlerinde, doğru semptomları ve fiziksel olarak görülen tedaviyi şikayet yoluyla tanımlayarak sonuç kalitesini etkilemesi, tedavi sürecinin ayrılmaz bir parçasıdır. Sağlık hizmeti kalitesi algıları, hastaların sağlık hizmeti sağlayıcılarına sadık olup olmadığına karar verilmesinde bize ön bilgi sağlar, hasta memnuniyetine öncülük eder (Naidu, 2009: 377).

1.6. Sağlık Hizmet Kalitesinin Boyutları

Hastaneler, iyi yönetildiği takdirde, hayatta kalma ve bu konuda öncü olması için gereken en kritik faktörlerin belirlenmesiyle ilgilenmektedir. Bunun gerçekleşmesi için öncelikle stratejik faktörlerin belirlenmesi gerekmektedir. Bazı hastaneler ayrıca “medikal turizm” bölümünde denizaşırı işlerini geliştirmek için çaba harcamaktadır. Bir firmanın ya da hastanenin kalite yönetimi ile ilgili alanlara öncelik verebilmesi ve sektörün gerektirdiği tespitleri akıllıca yapabilmesi, rekabet tecrübesini geliştirir ve öne çıkmasını sağlar. Sağlık sektörü hakkındaki bu coşku ve heyecan, hizmet kalitesi bağlamında incelemeye değer. Özellikle, rekabet alanı kalabalıklaştıktan ve oyunun sınırları sektörde zorlanmaya başladıktan sonra, kalite uzun vadede başarılı olmak için çok önemlidir (Meesala & Paul, 2018: 261).

IOM raporu (2001), yüksek kalitede bir tıbbi hizmet sistemi tarafından karşılanması gereken ana hedefleri belirler:

- i. Güvenirlik – Hastalara, kendilerine yardımcı olması gereken bakımdan yaralanmaları önlemek.
- ii. Etkinlik – Hizmetlerden yararlanabilecek herkese bilimsel bilgiye dayalı hizmetler sunmak ve yararlı olmayan hizmetlerden kaçınmak.
- iii. Hastaya odaklanma – Hastanın tercihleri ve ihtiyaçları ile tam olarak uyumlu, hasta gereksinimlerinin her klinik kararına uyumlu olduğunu değerlendirmek ve sağlamak.
- iv. Zaman sınırlarına uymak – İster sağlık hizmeti alan ister sağlık hizmeti sunan tarafından bekletilmek ve bazen zararlı gecikmeleri indirmek.
- v. Verimlilik – Teçhizatların, ekipmanların, fikirlerin ve enerjinin gereksiz kullanımından kaçınmak.
- vi. Eşitlik – Cinsiyet, coğrafi konum, etnik köken veya sosyo-ekonomik durum gibi hastaların kişisel özelliklerine göre nitelik bakımından farklılık göstermeyen bakım sağlamak.

Zineldin vd, (2011: 657) hastaların kümülatif toplama algılarını etkileyen sekiz faktör belirlemiştir: altyapı, atmosfer, etkileşim, süreç, personel becerileri, bekleme süresi, nesne ve yeterlilik. Weheba vd, (2018: 5) yayınlanmış araştırmalarda temsil edildiği gibi tesisler, iletişim, yanıt verme, güvenlik, erişim, anlayış, uygunluk, yetkinlik ve özelliklerin sağlık kalitesi algılarını ortaya çıkardığını bulmuştur. Raposo vd, (2008: 98) ise, doktorlarla ilişkileri ve tesislerin kalitesi ile ilgili yapıların memnuniyet üzerinde en önemli olumlu etkiye sahip olduğunu bulmuştur.

Duggirala vd, (2008: 702) hastanelerde hizmet sağlayıcılar tarafından algılanan total kalite yönetiminin (TKY'nin) kritik boyutlarının aşağıdaki gibi bir özet tablosu sunmuştur:

Tablo 2. Hizmet Sağlayıcılar Tarafından Algılanan TKY'nin Hastanelerde Kritik Boyutları

Boyut	Açıklama
Üst yönetim taahhüdü ve liderliği	Hastanede kalite girişiminin öncülüğünde üst yönetimin rolü, hastanede kalite programının başarısı için kritik öneme sahiptir.
Hastanede insan kaynakları yönetimi	Bu boyut, bir kuruluştaki TKY yapılarının uygulanmasında seçme/işe alım, eğitim ve çalışanların katılımı gibi İnsan Kaynakları Yönetimi süreçlerini içerir.
Süreç yönetimi	Sağlık bakımı bağlamındaki Süreç Yönetimi, hastanın belirli bir hastanede tıbbi bakım ile ilgili deneyimlerinin bir parçası olarak geçirmesi gereken tıbbi ve idari süreçleri ifade eder. Dolayısıyla, bu boyut, kabul prosedürleri, idari hizmetler, idari ve klinik hizmetler, deşarj süreçleri ve tıbbi bakımın klinik sonuçları açısından süreç yönetiminin farklı yönlerini ölçer.
Hastane tesisleri	Bu boyut, kan odası, eczane, röntgen, BT taramaları, ambulans hizmetleri vb. hastanede sağlanan altyapının kalite algısı yönetimini değerlendirir.
Hastaya odak	Sağlık hizmetinin odağı nihayetinde hasta olduğu için, hastanenin vizyon, görev ve hedeflerinin merkezinde hasta refahı olması kritik bir öneme sahiptir. Hasta refahına odaklanan bir hastane, bir geri bildirim mekanizması uygular. Tıbbi bakımın makul maliyetini sağlar, hekimlere hasta danışmanlık hizmetleri sunar ve hastaya refah ve memnuniyet için personele destek sağlar.
Çalışana odak	Yüksek kalitede hasta bakımı sağlamak için hastanenin doktorlarının, hemşirelerinin, sağlık görevlilerinin, destek personelinin ve idari çalışanlarının refahına net bir şekilde odaklanması önemlidir. Bu amaçla, çalışan şikayet sistemi, çalışan memnuniyetinin düzenli ve sistematik olarak ölçülmesi ve iyi tanımlanmış bir finansal ödül sistemi, kuruluşlar tarafından kullanılan önlemlerden bazılarıdır.
Hastane performansının	Herhangi bir örgütün performansını izlemek için yönetimin,

ölçülmesi	doğum ve ölüm oranları, tedavi başarısızlıkları, hasta kabulleri ve taburcuları, yapılan ameliyatlar, idare edilen tıbbi vakalar, yatak doluluk oranları, mali istatistikler, hasta memnuniyeti ve hastanenin toplumda tanınmasının ölçütleri ile ilgili veriler gibi belirli kritik performans ölçütlerini toplaması önemlidir.
Hastane bilgi sistemi	Bu boyut, hastanenin bilgisayar sistemi personelinin, hastalara ilişkin verilerin analizinde, ayrıca hastane idaresinde ve hastanenin klinik ve klinik olmayan personeline verimliliğini ölçmektedir.
Hata yönetimi	Bu boyut, hastane yönetiminin tıbbi bakımdaki risk ve hataları yönetme konusundaki tutumunu ve algısını ölçer. Farklı hata türleri ve hata raporlama sistemleri bu boyutta değerlendirilir.
Hizmet kültürü	Bu boyutta, hastanenin klinik ve klinik personeli dışındaki kişilerin hastaya yönelik ilgi ve bakım tutumu algıları değerlendirilir.
Sürekli gelişme	Organizasyonun her alanında sürekli iyileştirme, onu daha yüksek verimlilik seviyelerine götürmenin tek yoludur. Süreci daha verimli, etkili, kontrollü ve uyarlanabilir kılan küçük artışlardaki sürekli iyileştirmelerdir. Sürekli gelişme, karmaşık süreçleri alt süreçlerine ayırarak ve geliştirerek sadeleştirmeye odaklanır.
Kıyaslama	Kıyaslama, belirli bir işlemi veya bir işlem grubunu gerçekleştirmede en iyi olan firmaları, bu işlemi veya işlem grubunu incelemeyi ve sonra yöntemleri kendi kuruluşuna aktarmayı içerir. Kıyaslama kullanarak, belirli bir alanda istisnai olan bir şirket seçilir ve birinin performansını ölçmek için kullanılır.
Sendika etkisi	Birçok kuruluşta sendikalar, kuruluşun işleyişinde kilit rol oynamaktadır. Hastanelerde, çalışan sendikasının ve doktor sendikalarının rolü, işe alım ve seçimde oynadıkları rol, hasta odaklılıkta iyileşme, insan kaynakları politikaları ve hastanenin genel işleyişi açısından incelenmektedir.

Yönetişim ve sosyal sorumluluk

Bu boyut, hastanenin hastalarının ihtiyaçlarına ne ölçüde sosyal ve etik kaygı gösterdiğini değerlendirmektedir. Bu, örneğin hasta kayıtlarının gizliliğini koruyarak, fakir, uygun atık yönetimine ücretsiz veya sübvansiyonlu ambulans veya tıbbi hizmetler sağlayan hastane açısından, farklı şekillerde görülebilir.

Kaynak: Mayuri Duggirala; Chandrasekharan Rajendran; R.N. Anantharaman, (2008), "Provider-perceived dimensions of total quality management in healthcare", *Benchmarking: An International Journal*, Vol. 15, Iss 6, pp. 693 -722

Bununla birlikte, Parasuraman vd, (1988) tarafından geliştirilen SERVQUAL modeli kapsamında yaygın olarak kabul edilen ve sınıflandırılan beş temel hizmet kalitesi boyutu aşağıdaki gibidir:

1. Maddiyatlık
2. Güvenilirlik
3. Heveslilik
4. Güvence
5. Empati

Ancak hizmet kalitesi literatüründe “toplam kalite” ayrı bir kavramdır. Aşağıda daha ayrıntılı bir şekilde açıklanmıştır.

1.7. Toplam Kalite Yönetimi Kavramı ve Özellikleri

Kalite uygulamaları, üretim kalite kontrolü fikirlerinin ortaya atıldığı 1900’lü yılların başından itibaren başlamıştır. Kalite yönetimi müşteri memnuniyeti ile şirket performansının iyileştirilmesi amacıyla ve işleme süreci ile insan sermayesine odaklanmıştır. Bu haliyle kalite yönetimi, müşteri beklentilerine cevap verecek veya bu beklentileri aşacak şekilde işletmenin tüm birimlerinin sürekli iyileşmesine imkân veren çalışma süreçlerinin koordinasyonunu gerektirir (Bonvillian, 1996: 32).

Crosby (1979), Feigenbaum (1956) ve Juran (1988; 1993), farklı yaklaşımlarına rağmen kalite yönetimi hareketinin önemli öncülerinde sayılabilirler. Kalite, müşteri memnuniyeti hususunda üretim veya hizmetin önemli unsurlarından biridir. Üretimin kilit unsuru olarak kalite, yönetim alanında çok sayıda araştırmacının araştırma konusu olmaya devam etmektedir. Bir ürün veya hizmetin kalitesi, müşterinin ürün veya hizmetle ilgili beklentilerinin karşılanma derecesi algısına bağlıdır. Crosby (1979), kaliteyi tüketici taleplerinin karşılanmasına uygunluk olarak tanımlamış ve gerektiği şekilde yönetmek için kalitenin ölçülebilir olması gerektiği önermesini getirmiştir. Vorley & Tickle (2001), kaliteyi, tüketici beklentilerini karşılayan özellikler grubu olarak tanımlamışlardır. Amerika Kalite Derneği kaliteyi, farklı kişilerin hakkında farklı algıları olan öznel olgu olarak değerlendirmiştir. Derneğe göre kalite, iki anlamı olan terim olarak ele alınabilir: Ucuz ürüne ilişkin özel bir ihtiyacı karşılayacak şekilde ürün veya hizmetin kusurlarının kabul edilebilir olduğu özelliklere sahip olma ya da pahalı bir ürüne ilişkin özel bir ihtiyacı karşılayacak şekilde ürün veya hizmetin kalitesi hakkında bir taviz olmaksızın kusurlardan tamamen arındırılmış özelliklere sahip olmaktır.

Kalite yönetimi stratejilerin tanımlanması, hedef ve amaçların belirlenmesi, planların geliştirilip uygulanmasını, düzeltici eylemler eşliğinde denetimin yapılması için kontrol sistemlerinin uygulanmasını kapsar. Şirkette kalite yönetimi uygulaması iki kritik alanı kapsar: Tüketici beklentilerinin karşılanması ve işletme genel etkinliğinin (efikasitesinin) iyileştirilmesi (Dale & Cooper, 1994).

Juran'a (1988) göre kalite yönetiminin esas amacı ürün konsepti ve ürün sunumunda başarısızlığın bertaraf edilmesidir. Bu, ürün, hizmet ve süreçler, işlevlerini yerine getirmede başarısız olabilirler anlamına gelmemekle kalmayıp, işlevi müşteri beklentileriyle de uyumlu değildir demektir. Kalite yönetiminin dört aşaması Dale & Cooper (1994) tarafından ele alınmış olup bu aşamalar: denetim, kalite kontrolü, kalite güvencesi ve toplam kalite yönetimini (TKY) kapsar.

TKY, kalite yönetiminin en yüksek seviyesidir. TKY, müşteri ve tedarikçi de dahil olmak üzere, bir işletmede kalite yönetiminin tüm yönleriyle ilgilidir (Dale & Cooper, 1994). Toplam Kalite Yönetimi, müşteri ve tedarikçi ile onların işletmenin kilit

süreçlerine entegre olmaları da olmak üzere, teşkilatlanmanın tüm yönlerinde kalite yönetimi ilkelerinin uygulanmasını kapsar. Bu, şirketin tamamının sürekli iyileşmesini kapsayan bir yaklaşımdır. Toplam Kalite Yönetimi bir şirketin işletme sürecine katkı sunan tüm etkenlerin karşılıklı işbirliğini kapsayan bir ilkedir. Dale & Cooper (1994) kalite yönetimini, tüketici ile topluluğun gereksinim ve beklentileri ile şirket amaçlarının tüm çalışanların potansiyelinin etkili bir şekilde etkin bir maliyetle sürekli iyileşme gösteren bir makinede azami düzeye çıkartılmasını kapsayan bir felsefe olarak belirlendiğini vurgulamıştır.

Kalite yönetimi kavramları zaman içinde evrim geçirmiş olup, kaynağı Japonya Bilim İnsanları ile Mühendisler Birliğinin Japon ürünleri kalitesinin iyileştirilmesine ilişkin komitenin kurulduğu 1949 yılına dayanmaktadır. Zaman içerisinde ve dolayısıyla 1960'lı yıllarda kalite, sadece üretim sürecini değil, tüm şirketi kapsayan ve Toplam Kalite Yönetimi (TKY) olarak bilinen unsurdur (Powell, 1995: 16).

TKY, tüketicilerin taleplerini en iyi şekilde karşılayan ürün ve hizmet sunmayı hedefleyen bir şirketin kültürü, yaklaşımı ve teşkilatlanmasının tarifi olarak kabul edilir. Kültür, şirketin sunduğu hizmet ve ürün kusurlarının üretim aşamasında asgariye indirilmesi veya ortadan kaldırılması amacıyla eşzamanlı olarak gerçekleştirilen tüm süreçlerde her yönlü kaliteyi gerektirir (Edwards-Smith vd, 1999).

Toplam kalite yönetimi, ürün ve hizmet kalitesinin sürekli iyileştirilmesinde yönetim ve yöneticilerin dahil edilebileceği etkili bir yöntemdir. İşletmenin büyütülmesi ve yersiz uygulamaların sonucu olarak meydana gelen kayıpların azaltılması/ortadan kaldırılmasını amaçlayan yönetim araçları ile kalite arasında bir kombinasyondur. Toplam kalite yönetimi ilk defa Ford Motor Company tarafından uygulanmaya başladı; daha sonra Philips, SGL Carbon, Semiconductor, Motorola ve Toyota Motor Company tarafından uygulandı (Stuelpnagel, 1993).

Toplam kalite yönetimi, işletmeyi, süreçlerin bütüncül bir özeti olarak ele alır. İşletmelerin Yönetimin TKY'yi uygulamadaki amaçları, çalışanların bilgi ve deneyimlerini içine katarak süreçlerin sürekli iyileştirilmesidir. Her ne kadar toplam kalite yönetimi ilk başlarda üretim işletmeleri tarafından uygulanmış olsa da artık hem

hizmet işletmeleri hem de kamusal sektör tarafından uygulamaya sokulmuştur. Bu, eksiksiz bir toplam kalite yönetimi uygulaması için personel, üretim süreci, pazarlama, satış, alış ve insan kaynakları gibi tüm faaliyetlerin kapsanması gerekli olduğunu ortaya koymaktadır (Gupta vd, 2005: 392).

TKY, işletmenin en üst düzeydeki stratejik planlama ve karar alma aşamasından başlayarak, çalışmanın en ayrıntılı kısımlarının gerçekleştirilmesine kadarki sürecin tamamının sürekli iyileştirilmesiyle ilgilidir. TKY'nin elemanları çalışma sürecindeki hata ve kusurlardan kaçınmanın önemli ve etkili unsurlarıdır. Dahası insan kaynakları, süreçler, teknolojik imkanlar ve teçhizat gibi faaliyet bileşenleri, bizi çalışmanın farklı yönlerinin iyileştirilmesine götürür. Sürekli iyileşme sadece sonuçların iyileştirilmesi anlamına gelmez; o, aynı zamanda gelecekte daha iyi sonuçlar ortaya koyma becerileriyle de ilgilidir. Becerilerin geliştirilmesi için odaklanmanın beş temel alanı şunlardır: Üretim talebi, üretiminin tedariki, teknoloji, gelişme ve insan becerileridir (Hellsten & Klesfjo, 2000: 241).

TKY'nin uygulanmasının temeli kurum yapısını, sorumlulukları, usulleri ve süreçleri kapsayan bir kalite yönetim sistemi kurmaktır. Günümüzde ISO olarak bilinen ve esasen iyi belgelenmiş kalite sistemleri oluşturan uluslararası standartlarla belirlenmiş yönergeler mevcuttur. ISO 9000, TKY döngüsü içerisinde sürekli iyileşme bakımından önemli rol üstlenmiştir (Calori & Sarin, 1991).

Sürekli iyileşme tanılama, planlama, uygulama ve değerlendirme aşamalarıyla ilgili olan bir zincir sürecidir. Zincir süreçler içerisinde ISO 9000 standartları uygulama aşamasında uygulanır. ISO 9000 kalite sistemi aynı zamanda şirketin değerlendirme aşamasında, tanılamayı nasıl ele alması gerektiğini standartlaştıran usullerin yerleştirilmesini de gerektirir. ISO 9000 standartlar, özel kalite tekniklerini veya kalite kontrol yöntemlerini belirlemez. ISO 9000 standartları ayrıca kaliteyi tanımlamaz ve ürün veya süreçler hakkında bir şartname ortaya koymaz. ISO standartları, işletmenin standarda uygun kalite sistemini uyguladığının güvencesidir (Calori & Sarin, 1991).

Kalite yönetimi son dönemlerin bir olgusudur; ama bir kurum için önemlidir. Toplam kalite yönetimi (TKY), kurumun kendi tüketicilerine yüksek kaliteli ürün ve

hizmet sunmak için yetkinliklerini sürekli geliştirmeye yarayacak kalıcı bir iklimi oluşturup kurmaktır (Martínez-Lorente vd, 1998).

1970’li yılların sonlarında ve 1980’li yılların başlarında Kuzey Amerika ve Batı Avrupa’nın gelişmiş ülkeleri Japonya’nın düşük maliyetli kaliteli mallar üretme kabiliyeti karşısındaki amansız rekabetten dolayı ekonomik kayıplar yaşadılar. Sanayi devriminden sonra ilk kez Birleşik Krallık hazır ürün net ithalatçısı oldu. ABD kararlılıkla kendi araştırmasını yapıp bunu televizyon programlarında “Japonya yapabiliyorsa, biz neden yapamayalım?” sloganını yayımladılar (Martínez-Lorente vd, 1998).

Navy tarafından 1985 yılı girişimlerine “Total Quality Management” adı verilmiştir. TKY Deniz Kuvvetlerinden ABD’nin federal hükümetinin tamamına yayılmış ve şu sonuçlar ortaya çıkmıştır: 1987 Ağustos’unda Malcolm Baldrige Ulusal Kalite Ödülü oluşturulmuş, 1988 Haziran’ında Birleşik Devletler Ordusu ve Birleşik Devletler Kıyı Emniyetinde Federal Kalite Enstitüsü kurulmuştur (Nelson, 1991).

Özel sektörün önde gelenleri, sadece Japonlara kaptırılan pazar payını geri almak için bir araç olarak değil, Federal Hükümetin tedarikle ilgili kamu ihalelerindeki sözleşmelerde şart koyduğu TKY şartına uymak ve rekabet edebilmek adına, TKY ilkelerini benimseyerek uygulamışlardır. Deniz Kuvvetlerinden 1980 yılında alınmış olan TKY’nin temel ilkeleri şunlardan oluşur (Houston & Dockstader, 1988):

- “Kalite, tüketici taleplerinden belirlenir.”
- “Esas yöneticilerin kalitenin iyileştirilmesinde doğrudan sorumluluk sahibidir.”
- “Kalitenin artırılması sistematik analiz ve işleme süreçlerinin iyileştirilmesi yoluyla gerçekleşir.”
- “Kalite geliştirme şirketin tamamında süreklilik arz eden ve tamamlanmış bir çabadır.”

Kalitenin bir sonucu olarak günümüzde büyük bir yarış söz konusu olduğundan, kalite yönetiminin bir kurum, ürün veya hizmetin istikrarlı olmasını sağladığını tespit etmek mümkündür. Kalite türlerinin dört esas bileşeni vardır: Kalitenin planlanması,

kalitenin güvencesi, kalite kontrolü ve kalitenin geliştirilmesi. Kalite yönetimi sadece ürün ve hizmet kalitesi ile kaliteye ulaşma araçlarına odaklanmıştır. Bu nedenle kalite yönetimi, kalite güvencesi ve süreç kontrolüne dayalı olarak kalıcı olan niteliği kullanır (Rose, 2005: 41).

Kalite ile kalitenin tüm ticarete yayılma şekillerinin kilit yönleri, kalite yönetimi kavramı içerisinde ifade edilmiştir (Nanda, 2005):

- Kalitenin Planlanması – Kalite planlaması, tüketici beklentilerini yerine getirmek veya bu beklentileri aşmak için gerekli ürün, sistem ve süreçlerin bir aracı olarak uygulanır. Bu da kimlerin müşteri olduğunu tanımlamayı, müşterilerin ihtiyaçlarını belirlemeyi ve bu ihtiyaçları karşılayacak araçların (sistem, süreç vb.) geliştirilmesini kapsar.
- Kalite Güvencesi – Kalite güvencesi, bir işletmenin, sunduğu ürün ve/veya hizmet gereksinimlerini yerine getirme, talep ve amaçlarıyla ilgili (kalite planlamasında belirlendiği şekilde) yeterli güvenceyi sağlayacağına ilişkin bir araç olarak kullanılır. Hataların önlenmesi ise sistematik araçlar ile bir standartla karşılaştırma ve süreçleri gözetme yoluyla yapılır.
- Kalite Kontrolü – Kalite kontrolü (QC) üretim sürecine katılan tüm faktörler incelenerek, kalite ihtiyaçlarının tüm gerekliliklerini yerine getirme aracı olarak uygulanır. İşletme, çoğu zaman süreç denetimi ve teftiş araçları uygulayarak, ürettiği ürün veya hizmetin işletme amaçlarını yerine getirdiğini teyit eder. Kalite kontrolü üretim sürecine odaklanır.
- Kalite Geliştirme – Kalite geliştirme, etkinlik, etkililik ve esneklik bakımından süreçlerin değerlendirilmesi ve iyileştirilmesine ilişkin mekanizmaları sağlayacak araç olarak uygulanır. Bu, belirgin öneme sahip değişiklikler kademeli iyileştirme yoluyla yapılabilir.

Süreci iyileştirme gayretlerinde kalite maliyeti, kalite çabaları ile kaliteyle ilgili eksikliklerin genel maliyet miktarını belirleyen bir araçtır. Bu kavram ilk defa Armand V. Feigenbaum tarafından, 1956 yılında kaleme alınan “Harvard Ticaretinin Gözden Geçirilmesi” başlıklı bir makalede kaleme alınmıştır. Bu kavramdan önce yüksek

kalitenin yüksek maliyet gerektireceği veya daha iyi malzeme için makineler satın almak ya da daha fazla işçi alarak sağlanabileceği yönünde yaygın bir kanaat vardı. Dahası, mali işlemler gelir, gider ve hissedar sermayesindeki değişiklikler kategorisine dahil edilerek kalite maliyet muhasebesi evrim geçirmiş, kaliteyle ilgili maliyetleri kategorize etmeye yönelmemiştir. Bu da üretim sürecinde olan insanların çoğunun bir şirketin ana defterinde geçen kalite kayıtlarını sınıflandırmak suretiyle herhangi bir ürün için riske girmeyecekleri, yönetim ile kalite uygulayıcıları, maliyet ile kârda iyileştirmeyi sağlayacak yatırımları değerlendirebilecekleri için son derece önemlidir (Feigenbaum, 1956).

Hizmet kalitesi yüksek olan bir işletme, ekonomik anlamda rekabet ederek, tüketicilerinin beklentilerini yerine getirir. Ampirik araştırmalardan elde edilen kanıtlar geliştirilmiş hizmet kalitesinin uzun vadeli ekonomik kazancı ve rekabeti artırdığını göstermiştir. Hizmet kalitesinin geliştirilmesi, işlem süreçlerini iyileştirerek, problemleri süratli ve sistematik şekilde belirleyerek, hizmet performansı için geçerli ve güvenilir tedbirleri alarak ve müşteri memnuniyeti ile performansa ilişkin diğer sonuçları değerlendirerek yapılabilir. Hizmet kalitesi (SQ), çağdaş kavramsallaştırmada, bir hizmete ilişkin algılanan performansla (P), algılanan beklentilerin (E) karşılaştırmasıdır. Bir denklemle ifade etmek gerekirse: $SQ=P-E$. Müşteri memnuniyeti kalite yönetiminin omurgasını oluşturur; ancak bu, Kosova gibi gelişmekte olan ekonomiye henüz geçiş sürecindeki ülkelerde son derece önemli olmaya başlamış olan hizmet kalitesi için geçerlidir (Lewis & Booms, 1983).

İKİNCİ BÖLÜM

2. SAĞLIK HİZMET KALİTESİNİN ÖLÇÜLMESİ VE KOSOVA'DAKİ SAĞLIK SEKTÖRÜ

2.1. Sağlık Hizmet Kalitesinin Ölçülmesi

Sağlık hizmetlerinde, sağlık hizmetlerinin kalitesi, sağlık hizmet sisteminin performansını değerlendirmek ve rekabet avantajı ve hasta sadakatini elde etmek için bir teknik olarak odaklanmayı aşmaktadır. Sağlık hizmeti, dünya çapında oldukça rekabetçi ve hızla gelişen bir endüstri haline gelmiştir. Hizmet kalitesini artırmak, karlılığı, pazar payını, maliyetleri, müşteri kazanımlarını ve pazarlama kampanyalarının etkinliğini artırır. Sağlık hizmeti kalitesi öznel bir olgudur ve ölçülmesi kolay değildir; ancak yine de hastaların sağlık hizmetlerinin kalitesini tahmin etmeye yönelik gözlemlerini içeren çok çeşitli çalışmalardan görülebileceği gibi birtakım sübjektif yollarla ölçülebilmektedir (Javed vd, 2018: 170).

Uzmanlar geçen yüzyılda sağlık hizmetlerinin kalitesini, çok çeşitli teşhis ve tedavi hizmetlerinde ve çok çeşitli sağlık ve tıbbi sorunlarda değerlendirmek için güvenilir ve geçerli ölçekler oluşturmak için çalışmışlardır. Bazı sağlık hizmeti alanları için, bu tür ölçüm araçları hemen yaygın kullanıma uygulanabilirken diğer sağlık hizmetleri alanlarında, kalite ölçüm bilimi henüz gelişimin erken aşamasındaydı. Dolayısıyla kalite ölçümü alanında da birçok iyileştirme gerçekleşmiştir (Chassin & Galwin, 1999: 1001).

Hizmet kalitesinin ölçmenin temel amacı, şüphesiz kaliteyi iyileştirmek için temellerini hazırlamaktır. Algılanan hizmet kalitesi, belirli bir hizmet için beklentiler ile hastaların gerçek algıları arasındaki tutarsızlıkları ölçen bir yapıdır (Parasuraman vd, 1985). Hizmet kalitesinin önemi göz önüne alındığında, birçok uzmanın bu kavramın boyutlarını aramak, anlamak ve tanımlamak için çok zaman harcaması şaşırtıcı değildir çünkü hizmet kalitesi tüketici davranışının amaçlarını açıklar ve bir kuruluşun finansal yönetimi üzerinde büyük bir etki yaratır. Bu nedenle, 1980'lerde, bu alandaki

araştırmalar, hizmet kalitesinin ölçölmesinin neredeyse imkânsız olduğu ve uzmanlık mücadelesinin bakış açısı ve algıların yönetimi ile ilgili olduğu için farklı teorik bakış açılarının yaratılmasını teşvik ederek büyük bir hız kazandı (Parasuraman vd, 1988).

Pazarlama literatüründe yapılan bir anket hizmet kalitesini ölçmek için iki temel yaklaşımı tanımlamaktadır: SERVQUAL ve SERVPERF. SERVQUAL (boşluk analizi diye de tanımlanan), algılanan hizmet kalitesinin tüketici beklentileri ve performans algıları arasındaki fark olarak dikkate alınması gerektiğini savunmaktadır. SERVPERF (performansa dayalı ölçekler) ise, sadece performans algılarını kullanarak hizmet kalitesini kavramsallaştırır (Elliot, 1994: 57).

Beklentiler, bir hizmetin nasıl sunulması gerektiğine dair belirli bir fikre sahip tüketici isteklerini yansıtmaktadır. Hastanın beklentilerinin belirlenmesi, beklediğı ile gerçek sunumun arasındaki kıyaslamının yapılmasıdır (Lovelock & Wright, 1999; Zeithaml vd, 1993). Öte yandan algılar, tüketiciye, neyin sunulduğı ve nasıl sunulduğı arasındaki kombinasyon olarak görülen, alınan hizmet değerlendirmelerini ifade etmektedir (Lim & Tang, 2000: 290). Bununla birlikte, bir hizmet kalitesinin “bir hizmetin üstünlüğü veya mükemmelliğı ile ilgili yaygın bir yargı veya tutum” ve bunun bir sonucu olarak “başarı mührü” olduğı belirtilmiştir (Parasuraman vd, 1988; Zeithaml vd, 1990). Bazı araştırmacılar hizmet kalitesinin tek boyutlu bir değışken olarak ölçölmesi gerektiğini düşünmüşlerdir (Schneider & White, 2004), bazıları ise bunun iki boyutlu bir yapı olarak düşünölmesi gerektiğine kanaat getirmişlerdir (Zeithaml vd, 2009). SERVQUAL aracı, literatürde hizmet kalitesini ölçmek için en yaygın kullanılan ve oldukça kabul gören yöntem haline gelmiştir (Ladhari, 2009: 172). Parasuraman (1988) bankalar, kredi kartları, aracılık ve bakım hizmetleri olmak üzere dört önemli alanda 12 müşteriden oluşan bir odak grubu kullanarak bir araştırma yapmıştır. Odak grubunda tartışılan konular, hizmet kalitesinin önemi, hizmet özellikleri ve hizmet kalitesini değerlendirmek için kullanılan kriterler üzerine odaklanmıştır. Sonuç olarak hizmet kalitesini aşağıdaki boyutların bir fonksiyonu olarak tanımlamıştır:

- i. Maddi taraf – Fiziksel ekipmanı, yatak ve teçhizatın kolaylığını ve personel alımını içerir.

- ii. Güvenilirlik – Hizmet sağlayıcıların, hizmeti söz verdiği şekilde mümkün olan en doğru şekilde sağlama yeteneğini yansıtır.
- iii. Tepki – Çalışanların müşterilere zamanında hizmet almalarına yardımcı olma isteğini gösterir.
- iv. Güvenlik – Kurum çalışanlarının teknik bilgi ve becerileri yanı sıra nezaket ve güven duygusu yaratma becerisinden oluşur.
- v. Hassasiyet – Çalışanların müşteriye özel ilgi ve kişisel ilgi gösterebilme yeteneğini yansıtır.

SERVQUAL modeli başlangıçta finansal sektördeki hizmetlerin değerlendirilmesi için tasarlanmıştır ve 22 maddelik yedi noktalı Likert ölçeğinden oluşur (Saleh & Ryan, 1991: 330). SERVQUAL ölçeği, sağlık hizmeti çalışmalarında, hasta memnuniyeti (Bowers vd., 1994), hastane bakımı (Carman, 1990), diş hekimliği hizmet kalitesi (McAlexander vd., 1994), devlet üniversitelerinde sağlık hizmetleri (Anderson, 1995) gibi bir dizi alanlarda hizmet kalitesine ilişkin hasta algılarını değerlendirmek için yaygın olarak kullanılmıştır.

Bununla birlikte, Buttle (1996), SERVQUAL'in avantajlarının şu şekilde olduğuna işaret etmektedir: (i) kalitenin farklı boyutlarını değerlendirmek için standart bir araç olarak tanınması, (ii) çeşitli hizmetler için uygun olması, (iii) güvenilir olması; (iv) sınırlı sayıda iddiaya sahip olduğundan, hızlı ve kolayca doldurulduğu için etkili olması ve (v) veri yorumlamayı kolaylaştıran standart bir analiz sürecine sahip olmasıdır.

SERVQUAL modeli geniş ölçüde yayılmış ve hizmet kalitesini ölçmek için değerli ve güvenilir bir araç olarak görülmesine rağmen hem kavramsal hem de metodolojik açıdan eleştirilmiştir. Eleştirilerden biri, beş boyutun temel hizmetler ve ek hizmetler olarak adlandırılabilir iki boyutta toplanabilmesi McDougall & Levesque (1995) ve Grönroos'un (1984) iki işlevsel boyutuna eşdeğer olarak kabul edilebileceğidir. Uzmanların dikkatini çeken bir diğer eleştiri ise bu aracın hizmet sektörüne evrensel olarak uygulanamamasıdır çünkü uygulandığı zaman araştırmacılar sunulan hizmet türünü dikkate almak zorunda kalmaktaydı (Carman, 1990). Teknik teslim yönlerini

ihmal eden beklentilerin karşılaştırmalı bir temel olarak ölçülmesine dair Cronin & Taylor (1992)'ın eleştirisi de diğer eleştiriler arasında yerini aldı.

Bu nedenle Cronin ve Taylor (1992), güvenilirliğinin ve tahmin edilebilirliğinin hizmet kalitesini ölçmede daha doğru olduğuna inanarak orijinal SERVQUAL modeline dayanan bir başka SERVPERF modeli önermiştir. Bu yazarlar SERVQUAL modeline eleştiride bulunup hizmet memnuniyetiyle karıştırıldığını düşünerek kavramsal temelini sorgulamışlardır. Onların görüşleri, beklenti bileşeninin (B) ortadan kaldırılması gerektiği ve bugün “SERVPERF” modeli olarak bilinen ölçeği yaratarak yalnızca performans unsurunun kullanması gerektiği yönündeydi. Bu yazarlar, “Performansın yüksek bir düzeyi, yüksek hizmet kalitesidir.” anlamına gelen SERVQUAL'in bir versiyonu olan ve sadece bir element içeren modelinin üstünlüğünü test etmek için endüstriler arasında ampirik veriler sağlamıştır.

Hem SERVPERF hem de SERVQUAL modelleri, hizmet kalitesinin bir şirket tarafından sağlanan hizmete karşı bir konum (tutum) olduğu ve performans beklentilerinin karşılaştırılmasından kaynaklanan kavramsal tanımla ilgilidir (Parasuraman vd, 1985; 1988; Cronin ve Taylor, 1992). Bununla birlikte, SERVQUAL modeli hem gerçek performans algılarını hem de müşteri beklentilerini doğrudan ölçerken, SERVPERF modeli yalnızca gerçek performans algılarını ölçer. Bu şekilde performans beklentilerinin ölçülmesinin gereksiz olduğunu göstermektedir.

Pazarlama yöneticilerinin SERVPERF ve SERVQUAL'in hizmet kalitesini ölçmeye yönelik pratik değerini değerlendirirken sormaları gereken bir soru şudur: “Hangi model en yararlı bilgileri ve teşhis değerini sağlayacak?”. SERVPERF modelinin, algılanan hizmet kalitesinin genel bir ölçüsü içindeki varyansı açıklamada üstün olduğu tespit edilmiştir. Öte yandan, SERVQUAL modelinin bir şirketteki hizmet eksikliklerini daha doğru bir şekilde tespit ettiği gösterilmiştir (Elliot, 1994: 57).

Henüz eleştirilmesine rağmen, SERVQUAL modeli belirli hizmet özelliklerini analiz ettiği ve her koşula uygun olduğu için kaliteyi değerlendirme aşamasında en çok kullanılan model olmaya devam etmektedir (Ramsaran-Fowdar, 2005). Newman & Cowling (1996), SERVQUAL modelinin geçerliliği ve güvenilirliği konusundaki

tartışmalara rağmen, modelin sağlık alanında uygulanmasının çok daha fazla kabul gördüğünü belirtmektedir. Hart (1996) hizmet kalitesi boyutlarının kullanılmasının, hizmet kalitesini ölçmek için yapısal bir araç ve ayrıca araştırma bulguları ve bulgularının önceliklerini belirleyen bir çerçeve olduğunu vurgulamıştır.

Bütün bu ilişkili sonuçlar, sağlık sektöründeki hizmet kalitesinin çözülmekten uzak olduğunu ve henüz büyük tartışmalara konu olduğunu göstermektedir. İskoçya Hesap Komisyonuna göre, SERVQUAL modeli öncelikle mevcut hizmet kalitesini anlamak, farklı müşteri grupları arasındaki performansı karşılaştırmak, bir hizmetin farklı bölümlerindeki performansı karşılaştırmak, farklı hizmetler arasındaki performansı karşılaştırmak ve iyileştirme çabalarının etkisini değerlendirmek için kullanılabilir (ACS, 1999).

2.2. Hasta Memnuniyeti ile Hizmet Kalitesi Arasındaki İlişki

Hastaların hizmet sağlayıcısı seçiminde karar vermesi giderek daha önemli bir araştırma alanı olmuştur. Geleneksel olarak bu tür araştırmalar, ilgili literatürü ile örneklendirilen hastanın tedavideki rolüne odaklanmıştır. Hasta, rolü belirli bir tedavi rejimini yürütmek olan pasif bir araç olarak görülmüştür. Son zamanlarda, hastalar tatmin edilmek üzere sağlık hizmeti tüketicileri olarak tanımlanmıştır (Holmes-Rovner vd, 1996: 58). Politika yapımında hasta görüşü giderek daha fazla önem kazanmaktadır. Hastaların bakım kalitesi algılarını anlamak, aile sağlık hizmetlerinden yararlanılmasını artıracak girişimlerin geliştirilmesinde kritik öneme sahiptir (Baltussen vd, 2002: 42).

Hasta deneyiminin artan önemi ve insanların sağlık sistemi ile ilgili memnuniyetini farklı ülkeler ve zaman dilimlerinde karşılaştırmaya olan ilginin artması, aralarındaki ilişkiyi karakterize etme ihtiyacını ortaya koymaktadır. Küresel memnuniyet derecelendirmesinin, hasta deneyimi bağlamında araştırılması, ikisi arasında güçlü ilişkiler olduğunu ortaya çıkarmıştır (Bleich vd, 2009: 271). Hasta deneyimi, sağlık hizmetlerinde mükemmelliğin geliştirilmesinde temel bir etken olarak giderek daha fazla tanınmakta ve memnuniyet, yatan hastalar için sağlık kalitesinin değerlendirilmesi ve iyileştirilmesinde önemli bir çıkarım olmaya başlamıştır (Ratner vd, 2018: 507).

Müşteri memnuniyeti, müşterileri ürünü almaya teşvik eden özelliklerden gelmektedir. Müşteri memnuniyeti, müşterilerin beklentilerinin ürün özellikleri tarafından karşılandığını düşündüğü bir durumdur (Juran & Godfrey, 1999). Tüketici memnuniyeti ise “değerler” ve dolayısıyla “fiyat” ile yakından ilgili olduğunu; ancak hizmet kalitesinin genellikle fiyata bağlı olmadığını kanıtlanmıştır (Athanassopoulos, 2000). Oliver (1980)’a göre neredeyse her türlü hizmette kalite iyileştirmesi, hasta memnuniyetini etkileyen en önemli etkidir. Birçok hastane, yüksek hasta memnuniyet düzeylerine ulaşmak için hizmet kalitesi konularına odaklanmıştır.

Artan rekabet çağında, kaliteli bir hizmet sunmak ve hasta memnuniyetini ölçmenin yollarını bulmak, verimliliğin gelişmesinde ana konulardan biri olmuştur (Anderson, 1995; Babakus & Boller, 1992; Garvin 1984). Müşterilerin kalite algılarının sağlık hizmeti sağlayıcılarını seçmede tartışmasız bir etkisi vardır. Müşteriler, sağlık hizmeti sağlayıcılarının, hastalıklarını iyileştirme yeteneklerinden endişe duyarken, mümkün olan en düşük maliyetle en iyi çıkarlarını elde etmeye çalışırlar (Ramsaran-Fowdar, 2005). Fenton vd, (2012) memnun kalan hastalar doktor tavsiyelerine daha bağlı ve doktorlara daha sadıktır, ancak hasta memnuniyeti ile sağlık kalitesi ve sonuçları arasında kesin bir bağlantı olduğunu göstermektedir.

Rust ve Oliver (1994) tarafından yapılan çok sayıda çalışmalar kalite, değer, fiyat ve hasta memnuniyeti arasında belirli bir ilişki olduğunu göstermiştir. Sonuç olarak, bunlar hasta sadakatinin arttırılmasına, ağızdan ağıza olumlu bir iletişim akımına ve satın alma eğilimlerinin artmasına neden olmuştur. Hizmet kalitesinin insan davranışının belirleyici bir faktörü olduğu açık olmasına rağmen, bağlantılarının niteliği henüz çözülememiştir (Zeithaml vd., 1996). Diğer araştırmalarda araştırmacılar ve yöneticiler hizmet kalitesinin beklentiler ve performans arasında bir karşılaştırma içerdiği sonucuna varmıştır. Hizmet kalitesi, verilen bir hizmet seviyesinin hastanın beklentilerini ne kadar iyi karşıladığını değerlendirmek için bir ölçektir (Lewis ve Boons, 1983). Bu görüş doğrultusunda Grönross (1983), hizmet kalitesini değerlendirerek tüketicilerin aldıkları ile almaları gereken hizmetleri karşılaştırdıklarını iddia ettiği bir model geliştirmiştir.

Meesala & Paul (2018) sağlık hizmet kalitesinin güvenilirlik ve yanıt verebilirliğin, hastanın memnuniyetini en fazla etkileyen boyutları olduğunu bulmuşlardır. Hastaların memnuniyeti, hastaların hastaneye olan sadakatlerini etkiler. Güvenilirlik ve yanıt verebilirlik, hastaların hastaneye olan sadakatini etkilemekte hastanın memnuniyetine aracılık eder. Çalışanların hastalara karşı tutumu, hastalarla doğru iletişim kurmaları ve doğru hizmet sunumu hastanenin başarısı için son derece önemlidir.

Kişilerarası hizmet ile hasta memnuniyeti arasında ayırım yapmak çok önemlidir. Hasta memnuniyeti genellikle ölçülür ve bu tıbbi hizmet kalitesinin bir göstergesi olarak kabul edilir. Bunun için, yüksek kaliteli bir hizmetin kişilerarası yönlerini belirlemek ve hastalara bu deneyimleri sormak gereklidir. Ayrıca, her zaman yüksek memnuniyetin yüksek kaliteli hizmet verildiğine bağlı olmadığını dikkate alarak, hizmetin hastanın beklentisini ne ölçüde karşıladığını ölçmek yerine göre yararlı olabilmektedir (Cleary & McNeil, 1988).

Tıpta, kalite ve hizmet kalitesine ilişkin hasta algıları hariç, klinik yönleriyle geniş bir şekilde çalışılmıştır (Gill & White, 2009). Crowe vd, (2002)'ye göre, sağlık hizmeti çok boyutlu bir hizmet olmakla birlikte, memnuniyeti ölçmenin birçok yolu, tüketicilerin farklı nitelikler için göreceli tercihlerini göstermemekle birlikte, bu tür bilgiler uygun maliyetli karar verme için önemli olsa da.

Sağlık sektöründe hasta algıları ve hizmet kalitesi boyutlarına ilişkin araştırmalar sınırlı kalmıştır (Clemens vd, 2006) ancak bu çalışmalar, sağlık hizmetinde özellikle hasta memnuniyetini ölçmek için kaliteli hizmet bileşenlerini değerlendirmeye çalışmaktadır (Lee vd, 2006).

Sağlık hizmetleri hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde pazarlardaki en hızlı büyüyen hizmettir (Dey vd, 2006: 203). Hastalar şimdi, farklı sağlayıcılar arasında sağlık ihtiyaçları karşılamak için hizmeti nereden alabileceklerine karar veren sağlık hizmetleri tüketicileri olarak görülmektedir (Wadhwa, 2002).

Chahal (2000), farklı sağlık hizmeti sağlayıcılarına hasta sadakatının üç boyut üzerinden ölçülebileceğine dikkat çekmek için üç bileşenli bir model geliştirmiştir (Kalaja, 2016):

- Aynı tedavi için aynı hastaneye tekrar gitmek
- Diğer tedaviler için aynı hastaneye tekrar gitmek
- Bu hastaneyi başkalarına tavsiye etmek

Bu modele göre, yukarıdaki üç sadakat bileşenlerinin, toplam hizmet kalitesine bağlı olduğunu kanıtlamıştır. Öte yandan, ek olarak hekimlerin performansı, hemşirelerin performansı ve operasyonel kalite olmak üzere üç ana bileşenden de oluşan sağlık hizmeti kalitesini açıklamıştır (Kalaja, 2016). Brady & Cronin (2001), etkileşim kalitesi, fiziksel ortam kalitesi ve elde edilen sonuçların kalitesi gibi birincil boyutları göz önünde bulundurarak memnuniyeti ölçmek için hiyerarşik bir model önermiştir.

Hasta memnuniyetini değerlendirmek kolay değildir ve bunlar şöyle açıklanabilir:

- Hedeflerin çok net bir tanımı olmalıdır.
- Hedef kitlenin belirlenmesi gerekir.
- Veri toplamak için doğru araçları bulmak gerekir.
- Veri analizi için bir strateji ve kullanımı gerektirmektedir.

Sonuç olarak hasta memnuniyet ölçümü, potansiyel sorunların belirlenmesini sağlamakta ve hizmet kalitesinin veya sağlık hizmetlerinin müdahalesini geliştirme yollarını önermektedir (Druss vd, 1999).

Bazı yazarlar, hasta memnuniyeti ile ilgili çalışmaların sağlık çalışanlarının davranış ve alışkanlıkları üzerinde gerçek bir etkiye sahip olduğunu ve sağlık hizmetindeki iyileştirici önlemleri artırmaya eğilimli olduğunu göstermiştir (Greco vd, 2001). Fransa’da yapılan bir araştırma, bir üniversite hastanesindeki doktorların %94’ünün hasta memnuniyeti çalışmaları konusunda olumlu bir bakış açısına sahip olduğunu, %60’ının kendi departmanlarında bu çalışmaların sonuçlarının farkında

olduğunu ve %40'ının da bu çalışmaların hizmete iyileştirmeler getirdiğini ve hatta davranışlarını değiştirdiğini bildirmişlerdir (Boyer vd, 2006).

2.3. Sağlık Hizmet Kalitesi ile İlgili Literatür İncelenmesi

Ampirik kaynakçanın gözden geçirilmesi esnasında sağlık hizmetlerinin kalitesinin ölçülmesiyle ilgili farklı türlerde araştırmalar tespit edilmiştir. Bu çalışmaların bir kısmı kalite ölçümünü oluşturan faktörleri esas almıştır. Bu tür araştırmalar kalite ölçme faktörlerini tespit eden betimleyici rol üstlenmişlerdir. Ülkelerin sosyo-ekonomik özellikleri doğrultusunda araştırmacıların kalite ölçümü için farklı faktörleri uyarlamak suretiyle önerdikleri bu faktörler farklılık göstermektedir. Özel hastane ile devlet hastanelerini karşılaştıran diğer araştırmalar da son derece hacimlidir.

Bu tür araştırmalar genelde geçiş döneminde olan ülkelere yöneliktir. Araştırmaların bir diğer özelliği hastaların özel veya devlet hastanelerinde tedavi olma tercihlerini etkileyen faktörlerin ölçülmesidir. Son olarak da çok sayıda araştırma “boşluk analizi” diye bilinen SERVQUAL modeli kullanılarak, hastaların sağlık hizmetleri kalitesi beklentilerini ölçmek üzerine yapılmıştır.

Hastanelerin kalite ve performansını ölçmeye yönelik ampirik kaynakça, bu konuları 1940'lı yılların başından itibaren ele almıştır (Reed & Clark, 1941; Goldmann, 1946; Rorem, 1950). Bu konunun araştırılma yoğunluğu son kırk yıllık dönem içerisinde giderek artmıştır. Araştırmalardan ortaya çıkan sonuçlar, hizmet kalitesinin ülkelerin ekonomik kalkınmışlıklarına göre farklılık gösterdiği yönünde farklı tespitler ortaya koymaktadır. Hastane kalitesi ölçümü alanında ilk çalışmaların başında, Likert ölçeği (14 ölçeklendirme ile) türü sorular vasıtasıyla hastane bölümleri arasında kıyaslama yapmak suretiyle sağlık hizmetleri kalitesi ölçümünü öneren Rosenfeld (1957) gelir.

Sağlık hizmetlerinin kalitesi, tüketicinin hizmet kalitesinin yüksek veya düşük olduğu yönündeki algısı olarak ele alınabilir (Zeithaml vd, 1990). Genel anlamda hizmet kalitesi, tüketicinin beklentileri ve algıları arasındaki fark olarak tanımlanmaktadır (Grönroos, 2001). Hizmet kalitesi son yirmi yılın tartışma konusu olmasına rağmen kaliteyle ilgili henüz kesin bir tanım yapılmamıştır (Wisniewski, 2001). Ancak, hizmet

kalitesi, tüketicinin beklentileri ile tüketicinin algıları arasındaki fark olarak görülebilir. Bahsedilen beklentiler, hizmet sağlayıcının faaliyetler süresince yaptığı iş, algılar ise hizmet sağlayıcısının performans ölçümüyle ilgilidir (Parasuraman vd., 1985, 1988). Gefen (2002)'a göre kalite, müşterilerin almak istedikleri hizmet ile onların gerçekte aldıkları hizmet arasında yaptıkları bir karşılaştırmadır.

Zaman geçtikçe hizmet performansı ölçümüne ilişkin modeller giderek daha hatasız çalışmaya başlamıştır. Parasuraman vd, (1985, 1988) “SERVQUAL” (hizmet kalitesi) çerçevesini önermişlerdir. Bu model bir dizi sanayideki hizmet kalitesinin ölçümü araştırmalarını yönlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. Bu süre içerisinde başta Carman (1990) olmak üzere, bu modele yönelik çok sayıda eleştiri gelmiştir: Carman (1990), spesifik sanayiler ve belli durumlarda anketlerin değiştirilmesi/uyarlanması ve diğer durumlarda “SEVQUAL” anketlerin bazı yönlerinin kaldırılmasının önemli olduğunu belirtmiştir. Ayrıca Cronin ve Taylor (1992), hizmet kalitesinin farklarını ölçen sonuçlara değil, algılara dayanılarak uygun bir şekilde öngörülebileceğini vurgulamışlardır.

Çeşitli araştırmalar farklı türlerden sağlık kurumları ve hastanelerdeki memnuniyet seviyesinin değişken olduğunu ortaya koymuştur. Etiyopya’da yapılan araştırmalar genel memnuniyet seviyelerinin %52 ila %57 aralığında değiştiğini göstermiştir (Oljira & Gebre-Selassie, 2001). Bu çalışmalardan daha yüksek memnuniyet seviyelerinin kamu/devlet hastanelerinde değil de özel hastanelerde yakalandığı anlaşılmaktadır. Malta’da yapılan araştırmaya göre özellikle ek hizmetleri yansıtan kalite özellikleri açısından özel hastane hizmeti, kamu sektörü tarafından sağlanan hizmetten daha üstün kaliteli olduğu kabul edilmektedir (Camilleri & O’Callaghan, 1998).

Demografik, sosyoekonomik statü ve genel sağlık durumu da dahil olmak üzere hastaların bazı özellikleri onların memnuniyetleriyle bağlantılıdır (Bahrapour & Zolala, 2005; Kerr vd, 1999). Sağlık hizmetlerinin hastalara sunulma şekli de hasta memnuniyetine etki eder. Sağlık hizmeti cinsinin belirlenmesi ve sağlık hizmeti sunucularının özellikleri hastaların tecrübesi, yaşı ve cinsiyetleriyle de ilgilidir (Hall vd, 1994).

Hasta memnuniyetine yönelik yapılan birkaç araştırma, sağlık durumları kötü olan hastaların devlet ve özel hastanelerdeki kalite algılarının olumsuz, bunlara karşılık sağlık durumlarının iyi ve kronik hastalık çeken hastalarda ise kalite beklentilerinin daha olumlu sonuçlar verdiğini göstermiştir (Badri vd, 2009). Bu olguya rağmen Linn vd, (1982) tarafından yapılan bir araştırma hastanın sağlık durumunun memnuniyet için önemli faktör olmadığını göstermiştir.

İran'ın güneydoğusunda yapılan bir araştırma yaş etkeninin hizmet kalitesi beklentilerinde önemli olmadığını ortaya koymuştur. Ancak sağlık hizmetlerinde hastaların tecrübe ve memnuniyetlerini ölçmeye yönelik bazı çalışmalar, Etiyopya'nın altı farklı bölgesinde yaşayan hastaların memnuniyetinde önemli faktör olduğunu göstermiştir. (Bahrapour & Zolala, 2005; Kerr vd, 1999; Bekele vd, 2008). Etnik mensubiyet de aynı şekilde hasta memnuniyetinde önemlidir (Bekele vd, 2008).

Ayrıca hasta cinsiyeti de hastaların kalite beklentileriyle önemli ilişkilidir (Williams, 1994). Ancak Etiyopya'nın altı farklı bölgesinde yapılan bir araştırma hasta cinsiyetinin hasta memnuniyetinde önemli bir gösterge olmadığını göstermiştir (Andaleeb, 1998). Eğitim düzeyi ile memnuniyet arasında ise dolaylı bir korelasyon olduğu tespit edilmiştir. Örneğin, Etiyopya'daki vaka araştırmasında eğitim durumu ile medeni halin, hasta memnuniyetinde önemli göstergeler olduğu tespit edilmiştir (Peck vd, 2004).

Hastaların hastanelere yönelik memnuniyet göstergelerine ilişkin bir araştırma hastane personelinin yetkinliği ile davranışlarının, hasta memnuniyetinde önemli ölçüde etkili olduğunu göstermiştir. İletişim niteliği ve binaların genel durumu önemli faktörler sayılmaktadır; ancak bunlar tüketicilerin hizmetlere ilişkin memnuniyetlerini açıklamada daha az önemlidir (Andaleeb vd, 2007). Bunlardan farklı olarak hijyen ve hastane düzeni de hastaların izlenimlerine etki eder (Boudreaux & O'Hea, 2004).

Bekleme süresi hasta memnuniyetinde önemli bir göstergedir. Bekleme süresinin hasta beklentisinden uzun olması halinde hasta memnuniyetsizliği artmaktadır (Muhondwa vd, 2008). Ayrıca birçok araştırma, yerine getirilmemiş olan beklentilerin

hasta memnuniyetsizliğiyle bağlantılı olduğunu göstermiştir (Kravitz vd, 1994; Kravitz, vd, 2002; Brody vd, 1989).

Düşük ve orta gelirli ülkeleri kapsayan bir araştırmanın sonuçları iki gruba ilişkin verilerin sınırlı olduğunu göstermiştir. Dahası, kalite farkı çok büyük olmamasına rağmen özel sektör, devlet sektörüne kıyasla daha kaliteli hizmet sunmaktadır (Berendes vd, 2011). Yunanistan’da hastaların özel ve devlet hastanelerinden sağlık hizmetleri beklentilerine ilişkin yapılan bir araştırmanın sonuçları, hastaların devlet hastaneleriyle kıyaslandığında özel hastanelerden hizmet kalitesi beklentilerinin daha yüksek olduğunu göstermiştir (Angelopoulou vd, 1998).

Özel ile devlet hastanelerinde sağlık hizmetleri kalitesinin ölçümü yoğun olarak araştırılmış bir konudur. Andaleeb (2000), Bangladeş özel ve devlet hastanelerinde kalite ölçümünü yapmıştır. Bu araştırmacının Likert Ölçeğini ve ANOVA testini kullanarak bir model oluşturmaya çalışmıştır. Elde edilen sonuçlar özel hastanelerin devlet hastanelerine göre daha nitelikli hizmet sunduğunu ortaya koymuştur.

Türkiye örneğinde de Taner & Antony (2006) benzer modeli uygulamışlardır. Özel hastanelerin devlet hastanelerine kıyasla daha iyi kalite sunduklarını, başka bir deyişle ankete katılanların özeldeki hekim ve hemşirelerden daha memnun kaldıklarını ortaya çıkarmışlardır. Andaleeb ve Taner-Antony’dan farklı olarak Yeşilada & Direktör (2010) sağlık hizmet kalitesi değişkenlerine, faktör analizi ve Kıbrıs örneğinde özel ile devlet hastaneleri arasındaki farklılıkları araştırmak için “kümeleme analizi”ni uygulamışlardır. Faktör analizinin sonuçları hasta gizliliği, hassasiyet ve fiziksel varlıkların kalite ölçümünde dikkate alınması gerektiğine işaret etmiştir. Kümeleme analizinin sonuçları da özel hastane personeli boşluk farkının, devlet hastanesi personeline göre daha az olduğunu akla getirmektedir. Yeşilada ve Direktör’den farklı olarak Arasli vd, (2008), personelin profesyonelliği, beslenme ve iç mekânın hastane hizmetleri kalitesinde rol oynadıklarını belirtip hasta beklentilerinin ne özel hastane ne de devlet hastanelerinde karşılanmadığını belirtmişlerdir.

Irfan & Ijaz (2011: 17) Pakistan’daki özel hastane ile devlet hastanelerinin kalite seviyelerini ölçmüşlerdir. Onların çalışması, hizmet kalitesi, hassasiyet, fiziki mekân,

süreler ve güvenlik olmak üzere beş bileşenden oluşan “SERVQUAL” modeline dayanmıştır. Elde edilen sonuçlar, özel hastanelerin devlet hastanelerinden daha kaliteli hizmet sunduklarını ortaya koymuştur. Çin’in kırsal kesimlerinde özel ve devlet hastanelerin kalitesi farklı değildir; aslında araştırmacılar sağlık hizmetleri kalitesinin düşük olduğunu ifade etmektedirler. Bu araştırmacı kalitenin ölçümü için önleyici sağlık hizmetleri ve tedavi sonrası bakım olmak üzere iki değişken kullanmıştır (Meng vd, 2000).

Tengilimoglu vd, (1999) tarafından yapılan bir çalışmada özel ile devlet hastaneleri kalitesini karşılaştıracak şekilde iki temel alan araştırılmıştır: Müşterilerin yaklaşımı ve algı vurgulu demografik faktörler. Bu çalışmanın sonuçları, Türkiye örneğinde müşterilerin özel sektör kalitesini önde tutarak özel ve devlet hastaneleri arasında fark olduğunu göstermiştir. Aynı şekilde Owusu-Frimpong vd, (2010) özel sektör hastanelerindeki kalitenin devlet hastanelerine kıyasla belirgin bir şekilde daha önde olduğunu belirtmektedir. Ayrıca hekimlerin hastalarla ilgilenmesi, randevu vermedeki süre ve temel tedavilere erişim olanakları özel hastane lehinedir. Özel hastanelerin daha kaliteli hizmet sundukları gerçeğine rağmen Yeni Zelanda örneğinde, özel hastane ile devlet hastanelerinde sunulan hizmet kalitesinde bir fark görmek mümkün değildir (Rod & Ashill, 2010).

Bangladeş örneğinde ise hastanelerde somut olan meselelerden olan hemşirelik hizmetleri kalitesi, yani temizlik, hizmet sunma ve ilaçların bulunması, özel hastanelerde devlet hastanelerine kıyasla daha yüksek sonuçlar vermiştir. Ayrıca Bangladeş örneğinde yabancı hastanelerin özel hastanelere kıyasla yukarıda mezkûr tüm faktörler için hizmet kalitesinin daha önde olduğunu göstermiştir (Siddiqui & Khandaker, 2007).

Ürdün’de özel ve devlet hastane hizmetleri memnuniyetine ilişkin bir çalışmada özellikle farklı hizmet sektörlerinde hizmet kalitesini ölçmek için geliştirilmiş olan “SERVPERF” tekniği uygulanmıştır. Ölçüm yapılan kitlenin güvenilirliği için Cronbach Alfa tekniği kullanılmak suretiyle, çıkan sonuçlar tutarlılığın %90 olduğunu göstermiştir. Dahası özel sektör hastanelerinde hastaların sağlık hizmetleri kalite memnuniyeti kamu sektörününkinden daha yüksektir (Zamil vd, 2012). Kaynak inceleme bulgularına

dayanarak düşük ve orta gelir düzeyinin olduğu ülkelerde sağlık hizmetlerini sunma koşullarının iyileştirilmesi amacıyla hem kamusal sektör hem de özel sektör sağlık hizmetleri kalitesinin ölçümünün dikkate alınması ihtiyacı açık bir şekilde anlaşılmıştır.

2.4. Çeşitli Ülkelerde Kıyaslamalı Analizi

Reidenbach & Sandifer-Smallwood (1990), Misisipi’de (ABD), hastaların farklı sağlık hizmetlerine ilişkin algıları ile hastane hizmetlerinden genel memnuniyetleri arasındaki ilişkiyi analiz etmek için düzeltilmiş SERVQUAL modelini uygulamıştır. Hasta memnuniyeti üzerinde farklı etkileri olan önemli 6 boyut tanımlamışlardır. Bu çalışma sonucunda hastaların gizliliğini korumak, memnuniyetlerini en çok etkileyen unsur olarak ortaya çıkmıştır. Daha sonra Babakus & Mangold (1992), ABD’deki hastaneler ile ilgili çalışmalarında, SERVQUAL’in sağlık sektöründe kullanım için değerli ve güvenilir bir araç olduğunu göstermiştir. Silvestro vd, (1992), İngiltere’de, hizmet kalitesinin 18 boyutunun anlamlı olduğunu, bakım kolaylığının hasta memnuniyeti ile en güçlü ilişki ile boyut olduğunu kanıtlamıştır.

Ayrıca Bowers vd, (1994) sorumluluk, duyarlılık, güvenilirlik ve iletişimin Florida (ABD)’deki hastanelerde genel hasta memnuniyeti ile en çok ilişkili boyutlar olduğunu belirlemişlerdir. Anderson (1995), Teksas’taki üniversite devlet hastanelerindeki hizmet kalitesini değerlendirmek için SERVQUAL’i kullanmış ve sonuçlara göre güvenlik boyutunun en düşük puanla değerlendirildiğini göstermiştir. Aynı zamanda, SERVQUAL ölçeğini kullanarak İngiltere’deki hastanelerde hasta memnuniyetini inceleyen benzer bir çalışma Youssef (1996) tarafından yürütölmüştür. Sonuçlar, hastaların genel kalite algılarını en çok etkileyen boyutun güvenilirlik, ardından empati, duyarlılık ve güvenlik olduğunu göstermiştir. Ekipman ve teknoloji en az önemli olan boyut olarak bulunmuştur.

Lam (1997), Hong Kong’ta halk sağlığı sektörünün değerlendirilmesinde, SERVQUAL’in geçerliliğini, güvenilirliğini ve öngörücü kabiliyetini incelemiştir. Sonuçlar, ölçeğin değerli olduğunu ve tüm kalite boyutlarının algılanan hizmet kalitesini etkilemediğini göstermiştir. Faktör analizinin sonuçları, ölçeğin tek boyutlu olarak ele

alınması gerektiğini göstermiş, bu nedenle gerçekçi beklentileri ve algıları temsil eden tek bir baskın faktörü belirlemiştir.

İngiltere'deki sağlık sektörünün kalitesi konusundaki çalışmasından Sewell (1997), en önemli boyutun güvenilirliğin ardından emniyet olduğunu bulmuştur. Duyarlılık ve sorumluluk neredeyse eşit olarak bulunmuş ve teknoloji de hasta memnuniyeti ile ilgili son boyut olarak yer almıştır.

“Halk Sağlığı ve Hizmetleri” kavram tamlaması, misyon açısından farklı ülkelerde farklı anlamlara gelir. Örneğin Birleşik Krallıkta Halk Sağlığı ve Hizmeti (genelde HSC veya H&SC kısaltmasıyla ifade edilir) sağlık hizmetleri ile sosyal hizmetler sunan tarafların sundukları hizmetler ile ilgilidir. Bu, kamusal ve özel sektör sağlık hizmetlerine ilişkin altyapının tamamını kapsayan genel bir terimdir. Sağlık hizmetleri ile sosyal hizmetler hakkında bilgi sağlayan ulusal kurum Sağlık ve Sosyal Hizmet Bilgi Merkezi HSCIC'dir. Kanada ile ABD'de sağlık hizmetleri ile sosyal hizmetler çoğunlukla “beşerî hizmetler” diye adlandırılır (Glasby, 2003).

Balkanlar'da ise bu hizmetler hastane ve hizmet sundukları profile göre ayrılmış olan kurumlarca sunulur. Bir alan olarak sağlık ve sosyal hizmet (H&SC), devlet tarafından sunulan hizmet kalemlerini kapsamakla birlikte sadece sosyolojik ile biyolojik yönler ve beslenme, kanun ve etik gibi hususlarla da sınırlı değildir (Allott & Robb, 1998).

Angelopoulou vd, (1998) Yunanistan'daki kamu ve özel hastanelerinde hizmet kalitesini incelemiştir. Devlet hastanelerinde sağlık personelinin mesleki becerilerinin hastaların genel memnuniyeti üzerinde en büyük etkiye sahip olduğuna, özel hastanelerde ise devlet hastanelerine kıyasla hastaların ekipman ve teknolojiye, kısa bekleme sürelerinden ve kolayca kayıt süreçlerinden daha fazla memnun oldukları sonucuna varmışlardır. Camilleri & O'Callaghan (1998), Malta'daki kamu ve özel hastanelerde hizmet kalitesini incelemiş ve iki sektörün de hastaların beklentilerini aştığı sonucuna varmışlardır.

Boshoff & Gray (2004) Güney Afrika'daki özel hastanelerde çalışmalarını yürütmüş ve personel duyarlılığı, güvenlik ve ekipman ile teknolojinin hasta sadakatini olumlu yönde etkilediğini bulmuştur. Moritanya'da Ramsaran-Fowdar (2005) tarafından yapılan keşif çalışmaları, onları, SERVQUAL modeline iki boyut daha eklemiş ve yapılan değişikliklere rağmen bu modelin o ülkedeki sağlık hizmetleri sektörü ile tam uyumlu olmadığı sonucuna varmalarını sağlamıştır.

Wisniewski & Wisniewski (2005), İskoçya'daki hastane sektörü konusundaki araştırmalarında, değerlendirilen ilk beş boyutun, güvenilirliği ve sorumluluğu en büyük boşluğa sahip olduğu belirtmiştir. Hasta sadakatini kazanmak ve arttırmak için güvenilirliğe öncelik verilmesi gerektiği de önermişlerdir.

Mısır'da, devlet hastanelerinde ve özel hastanelerde hizmetlerin kalitesi üzerine yapılan bir araştırmada Mostafa (2005), modelin tüm boyutlarının hasta memnuniyetini açıklamak için yetersiz kaldığı sonucuna varmıştır. González-Valentín vd, (2005) İspanya'nın güney bölgesindeki üniversite hastanelerindeki çalışmalarında faktör analizi sonucunda sadece üç boyutun analize dahil edildiği sonucuna varmışlardır. Owusu-Frimpong vd, (2010), Londra'daki devlet ve özel hastanelerde hastaların memnuniyetini analiz etmişler ve sonuçlara göre özel sektörün daha yüksek değerlere ulaşmış ancak hizmet kalitesinin ve hasta memnuniyetinin iyileştirilmesinde yine de hem devlet hem de özel sektörün neredeyse aynı zorluklarla karşılaştığını göstermişlerdir.

Aagja & Garg (2010), çalışmalarını SERVQUAL modelini kullanarak Hindistan'daki devlet hastanelerinde yürütmüştür. Kullanılan ölçeğin geçerliliğini, güvenilirliğini onaylamış ve sorumluluğun hasta memnuniyetini en çok etkileyen boyut olduğunu göstermişlerdir. Yine Hindistan'da Narang (2010), hastaların hastane hizmetlerinin kalitesi konusundaki algılarını incelemiş ve memnuniyetleri üzerindeki en büyük etkinin sağlık hizmetlerine erişim kolaylığı ve sağlık personelinin davranışı olduğunu vurgulamıştır. Schoenfelder (2012), Almanya'daki devlet hastanelerinde yaptıkları çalışmada, personel iletişiminin ve kısa idari prosedürlerin hastanın memnuniyetini en çok etkileyen boyutlar olduğu sonucuna varmışlardır.

Türkiye’de de bu alanda çok sayıda çalışma yapılmış ve çeşitli yazarlar kendi sonuçlarını sunmuşlardır. Örneğin Varinli & Çakır (2004) özel hastanelerdeki çalışmalarında, hasta memnuniyetinin daha fazla personel duyarlılığından ve fiyat uygunluğundan etkilendiği sonucuna varmıştır. Yağcı & Duman (2006), hem devlet hastanelerinde hem de özel hastanelerde hizmet kalitesi ile hasta memnuniyeti arasındaki ilişkiyi analiz etmiş ve devlet hastanelerinde hasta memnuniyetinin en düşük değerler aldığı, ardından üniversite hastanelerinin ve özel hastanelerin geldiği sonucuna varmışlardır. Taner ve Antony (2006), kamu hastaneleri ile özel hastanelerde hizmet kalitesini incelemiş ve özel hastanelerin devlet hastanelerine göre sağlık personeline güven ve genel olarak güvenlik açısından daha yüksek puanla değerlendirildiğini ortaya koymuşlardır. Demirel vd, (2009), hemşire hizmetleri ve güven, tedavi ve fiziksel ortamı hizmet kalitesiyle en yakından ilişkili boyut olduğunu tanımlamıştır. Ayrıca algılanan hizmet kalitesinin hasta memnuniyeti ve hastaneyi tavsiye etme arzusu ile olumlu yönde ilişkili olduğunu da bulmuşlardır.

Çeşitli ülkelerdeki kıyaslamalı analizlere değindikten sonra, bir sonraki alt-bölümler Kosova’daki sağlık sektörünü incelemektedir.

2.4. Kosova’da Sağlık Sektörünün Gelişimi ve Dinamikleri

Sağlık sektörü, bir ülkedeki medikal, sosyal, politik, ahlaki, ticari ve finansal sonuçları ve diğer önemli alanları etkilediği için en önemli sektörlerden biridir. Sağlığın yokluğu, her başarı dahil her şeyin önemini geçersiz kılar. Eğer birey faydalanmak için tam olarak sağlıklı değilse hiçbir servet önemli değildir. Gelişmiş ülkeler sadece sağlık sektörlerini sürekli olarak geliştirmekle kalmıyor, aynı zamanda sağlık turizmini teşvik ederek ülke ekonomileri için de gelir sağlıyor (Javed vd, 2018: 170).

Kosova 1945-1989 yıllarında Yugoslavya Federasyonu içerisindeki sağlık sisteminin bir parçası olmuş, bu dönemde Yugoslavya Sosyalist Federatif Cumhuriyeti (YSFC)’nin federal düzeni içerisinde Kosova’nın hukuki statü anlamında bir pozisyon belirleme dinamiği bulunmuştur. Bu dönemde Kosova’da eski Sovyet Birliği Sağlık İşleri ilk komiseri Semashko modeline uygun bir sağlık sistemi kurulmuştu. Bu model sosyalist

devlet düzeni olan diğer Güneydoğu Avrupa ülkeleri dahil Doğu Bloku ülkelerinde uygulanmaktaydı (MOH, 2014).

Bu sistem sağlık hizmetlerini merkezileştirilmiş bir yönetim düzeniyle karakterize ediyordu. Buna göre uzmanlaşmış sağlık hizmetlerinin sunulduğu hastane ve poliklinikler daha büyük şehirlerde kuruluyordu. Ancak eski YSFC, federasyon düzeyinde belirlenen sağlık politikalarının uygulandığı hastaneler içerisinde yönetim şeklini düzenleyen daha az merkezîyetçi olan bir Semashko modeli uyarlaması yaptığını söylemek mümkündür (Shkoza & Lekiqi, 2012: 16).

Kosova, anayasal reformların yapıldığı 1974 yılından sonra da Sırbistan Cumhuriyeti'nin bir parçası olmasına rağmen YSFC içerisinde devlet kurucu unsur özneliği kazandıran anayasasına sahip oldu. Bu değişimle Kosova, Yugoslavya Federasyonunu oluşturan diğer devlet yapıcı unsurları gibi kendi sağlık sistemini yönetme hakkını kazanmıştır. Bu dönem Kosova'nın özerkliği Sırbistan tarafından askıya alınmış ve 1974 Anayasasıyla kazanılan özerklikten mahrum bırakıldığı 1989 yılında son bulmuştur. Bu olaylar, sağlık sistemi düzeni açısından da yeni bir durum ortaya koymuştur (Shkoza & Lekiqi, 2012: 17).

Kosova'nın Birleşmiş Milletlerce kurulan idare misyonu tarafından yönetilmesi çerçevesinde sağlık sistemi kurulmaya başlandı ve Rahibe Tereza İnsani Yardım Kurumu şemsiyesi altında teşkilatlanmış sağlık kurumları lağvedilip, bu kurumlardaki sağlık personelinin tamamı kamusal sağlık kurumlarına yerleştirildi. Bu kurumlar uluslararası yardımlar ve yerli kaynaklardan oluşturulan Kosova Konsolide Bütçesi'nden finanse edilmeye başlandı. Konsolide bütçe oluşturulduktan sonra idare bölümlerinin departman olarak adlandırıldığı geçici özerk yönetim kurumlarının kurulmasına geçildi (Buwa & Vuori, 2007).

Bu doğrultuda sağlık sistemi yönetim ihtiyaçları doğrultusunda sağlık politikaları ve kamusal sağlık kurumlarının tamamını yönetmekle yükümlü olan Sağlık Departmanı kurulmuştur. 1999 yılından başlayıp bugüne uzanan bu dönem, Kosova sağlık sisteminin kaynağını oluşturan birkaç aşama şeklinde ele alınabilir. 1999-2001 dönemini kapsayan birinci aşama kamusal sağlık kurumlarının faaliyetini sağlayacak mali kaynakların

oluşturulması eğiliminin olduğu acil dönemdir. Bu aşamada sağlık sisteminin finansmanı Kosova Konsolide Bütçesi ile çeşitli uluslararası kurumlarca yapılan farklı yardımlardan sağlanmıştır (MSH, 2019).

Kosova sağlık sisteminin iyileştirilmeye ihtiyacı varken, dış aktörler seçilen reform ölçeklerinin türünü, reformun kapsamını ve uygulanmasının zamanlamasını şekillendirdi. Bağışçılar, Kosova'ya milyarlarca avroluk yardım sağlamaya koştular ve çatışma sonrası acil dönemde kaynakların yoğun akışı temel insani yardım sağladılar. Ardından ise yeniden yapılanma sürecine büyük destek verdiler. 1999-2002 yılları arasında bağışçılar Kosova Konsolide Bütçesi'nin ikinci en büyük bölümünü temsil eden sağlık sektörüne yaklaşık 80 milyon avro harcadılar (Percival & Sondorp, 2010: 6).

Geçmiş dönemde Kosova'nın modern bir sağlık sistemi geliştirmeye ilişkin imkanları azdı. Ekonomik kalkınmanın düşük olması, doksanlı yıllara ait sistemde köklü reformların aksaması, halkın sağlık durumu ve statüsünün daha da kötüleşmesine yol açmıştır. Ancak sağlık hizmetlerinde kalitenin bu denli düşük olması çeşitli güçlüklerden geçmiş olan sağlık sisteminin gelişiminden kaynaklanmıştır. Çalışmanın devamında geçmiş dönemler kısaca tarif edilerek ana hatlarıyla sağlık sisteminin durumu gözler önüne serilmeye çalışılacaktır (KDI, 2019).

Savaştan sonra Kosova'da sağlık sistemi genellikle devlet hastanelerine bağlı olmuş ancak 2004-2005 yıllarında özel sermaye yatırımıyla Türk hastaneler açılmaya başlamıştır. Bu özel hastanelerin Kosova sağlık hizmet piyasasına girmesiyle beraber yeni teknoloji getirilmiş ve devlet hastanelerinde bulunmayan yeni poliklinikler açılmıştır (MOH, 2014).

2002-2004 yıllarını kapsayan ikinci aşama, gelişme ve sağlık sisteminin Kosova Bütçesi ile sağlık kurumlarının döner sermayelerinden finansmanının sağlandığı dönem olarak sayılır. Bu aşama savaş sonrası dönemde ilk yasal çerçeve olan 2004/4 sayılı Sağlık Yasası'nın kabul edildiği dönem olarak da nitelendirilir. 2004/4 sayılı Sağlık Yasasının kabulünden sonra sağlık sistemi, sağlık hizmetlerinin üç kademedede sunulması şeklinde teşkilatlandırılmıştır. Bu yasa ile sağlık bilgi sisteminin kurulması için ve en

önemlisi sağlık sigortası sisteminin kurulması için hukuki olguları temsil eden amaçlar belirlenmiştir (MSH, 2019).

Üçüncü aşama Sağlık Yasası'nın kabul edildiği 2004 yılından teşkilatlanma ve mali anlamda sağlık sisteminde reform yapmayı amaçlayan Sağlık Yasası'nın gözden geçirilmesi ve taslağının hazırlanmaya başladığı döneme kadar devam eder. Bu aşama sağlık sisteminde mali etkisizlik, sağlık sigortası sisteminin kurulamayışı ve sağlık sektöründe bilgi sisteminin kurulamayışı gibi birçok eksiklikle devam etmiştir (MSH, 2019).

Sağlık Yasası değişikliğinin başlangıcından başladığı varsayılabilir dördüncü aşama ise sağlık sisteminde hem mali hem de teşkilatlanma bakımından reformu amaçlayan gelişme eğilimlerini kapsar. Savaşın bitiminden bugüne kadar sağlık sigortaları konusunda yasal altyapıyı teşvike yegâne yetkili olan Sağlık Bakanlığı tarafından bir dizi yasal düzenleme girişi yapılmış ancak sağlık sigortaları sistemini düzenleyen bir yasa kabul edilememiştir. Kosova, bölgede sağlık sigortasının olmadığı tek ülkedir (MSH, 2019).

20. asır boyunca Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ, 2008: 17), sağlık hizmetlerinin hükümetlerce güvence altına alınacak bir kamusal zenginlik olarak görülmesi için her ülkedeki faaliyetlerin ve yönergelerin bekçiliğini yapmıştır. Ancak DSÖ (2008)'ye göre, konsolide ve işlenmiş bir sağlık sisteminin gözetimini yapmak sadece hükümetlerin işi değildir; bu çerçevede yerel hükümet yapıları, sağlık meslek kurumları, sivil toplum kurumları ve uluslararası kurumlar da bu göreve el atmalıdır.

Kamuoyu, sağlık kurumlarının görevini layıkıyla ve hünere yerine getirmesi için beklenti içerisinde (Gilson, 2003). İnsanlar, aile sağlık hizmetlerine evrensel sağlık ve sosyal güvencenin erişebilecek şekilde toplulukların ve ortamların güvenli olmasını istemektedirler (Sen, 1999). DSÖ'ye göre ulusal sağlık sistemlerinin, çalışma esnasında belli aralıklarla tamir yapılarak iyileştirme ihtiyacı duyan bir yapı olduğu anlamına gelmediği dikkate alınarak şekillendirilmesinden hükümetler sorumludur. Bu şekillendirmede bir ülkenin politikalarının, bir yerel hükümetin, bilimsel araştırma

gruplarının, özel sektörün, sivil toplumun ve küresel sağlık topluluğunun önemli roller üstlenmesi gerekir (DSÖ, 2008).

Kosova, gelir düzeyi düşük ve orta düzeyde olan, 1,8 milyon nüfusa sahip, yüz ölçümü 10.908 km² olan bir ülkedir. Kosova'nın kişi başına GSMH'si 2.700 avro olduğu görülmektedir. Nüfusun %29,7'si fakirlik sınırının altındadır. Kosova genç bir nüfusa sahiptir; üçte biri 15 yaşın altında ancak %6'sı 65 yaşın üstündedir (UNDP, 2014). Kosova'da 2011 yılı ortalama yaşam süresi 76,7 yıl, erkekler 74,1 yıl ve kadınlar için 79,4 yıl olarak hesaplanmıştır (ASK, Kosova Cumhuriyeti İstatistik Yıllığı 2019, 2019).

Yaşanmakta olan küreselleşme dönemi sağlık sistemine kendi etkilerini yansıtmaktadır. DSÖ bununla ilgili olarak sağlık sistemleri ve toplumların günümüz küreselleşmenin hızlı ritmine ayak uyduramadıklarını belirtmektedir. Bu, sağlık hizmetlerinde hızlı gelişmelere cevap verecek kaynak ve kurumları seferber etme imkansızlığından ileri gelmektedir (DSÖ, 2008). Dünyada birçok araştırmacı, gelişmekte olan ülkelerde sağlık sisteminin parçalanmış olduğunu, hastaların kendi sağlık problemlerini farklı kurumlarda çözme arayışı içerisinde olduklarını tespit etmiştir (Allin vd, 2009; Hofmarcher vd, 2007). Sağlık Bakanlığı tarafından kaydedilen bilgilere göre, nüfusun yaşı ve sayısına ile hastalıkların çeşitliliğine uygun yüksek düzeyli hizmet talep edilmektedir. Uzun vadeli ve uygun fiyatlı sağlık hizmeti sağlanabilmesi için sağlık sisteminin tamamından sağlık merkezleri, hastaneler ve farklı klinikler arasında çok iyi bir eşgüdüm sağlaması istenmektedir (Allin vd, 2009)'a göre hastaların sisteme birincil sağlık hizmetlerinden girdikleri için böyle bir eşgüdüm bulunmamaktadır, (Hofmarcher vd, 2007), bu da uygun tedavi eksikliğine ve hastalıklara üst üste teşhis konmasına neden olmaktadır.

Bunun dışında, araştırmacılar uygun bir sağlık sisteminin, bir ülkedeki genel sağlık sistemi performansına köklü bir şekilde etki edeceğini belirtmektedirler (Starfield vd, 2005). Allin vd, (2009) birincil sağlık hizmetlerinin insan odaklı, kolay ulaşılabilir ve kapsayıcı olması gerektiğini belirterek, bu hizmetin esas özelliklerini gözler önüne sermektedir. Araştırmacıların önemli bir kısmı düşük ölüm oranlarının sürekli sağlık

hizmetleriyle bağlantılı olduğunu bilimsel bir şekilde kanıtlamışlardır (Villalbí vd., 1999).

2.5. Kosova’da Kamu ve Özel Sağlık Sektöründeki Zorluklar

Sağlık sistemleri ve yapılarının 1999 savaşıdan sonra yeniden yapılandırılması ve gelişmesi gerekmektedir. Bağışçıların akını (koordinasyon problemlerine rağmen) çok sayıda kaynakların sağlanmasına neden olmuş ve bağışçıların etkisiyle reform stratejileri benimsenmiştir. Reform programı birincil sağlık hizmetleri/aile hekimliğine yapılmış bir vurguyu içeriyordu ve hizmet ücretini karşılayan ile hizmeti sunanın işlevlerini ayırmaya gayret ediyordu.

Sağlık Bakanlığı, sağlık kurumlarını belediye organlarına devretmek suretiyle ademi merkezîleştirerek, sağlık hizmetlerini düzenleyici, politika geliştirici ve finansman sağlayıcı rolüne geçmiştir. Ancak, dışarıdan dayatılan reform programlarından, sıkıştırılmış reform programlarından ve yeni kurulmuş yönetim kapasitelerinin güçsüzlüğünden dolayı reform uygulaması yavaş ve kesik ilerliyordu.

Sağlık sektörü, 2009 yılında karşı karşıya kalmaya devam ettiği problemler doğrultusunda hizmetlere erişim, hukuki ve fizik altyapı, teknolojik teçhizat, yetersiz mali güvence, sağlık hizmetlerinde kalite eksikliği ve yöneticilere gelişmeyi planlayacak veya ölçecek verilerin eksikliği gibi boşlukları barındırmaktaydı. 2010-2014 Sağlık Sektörü Stratejisi bilgi eksikliğinden, açık olmayan yetki tariflerinden kaynaklı hesap verilebilirlikteki boşluklar ve sağlık sektöründe ilaç tedariki ile finansmandaki dev problemlerden dolayı planlama ve kaynak paylaşımındaki zorlukları kabul ediyordu.

Sağlık kurumları binalarında onları kullanacak uygun personel ve bakımları için gerekli yedek parçası bulunmayan farklı türde ve çeşitli üreticilerce üretilmiş çok sayıda teçhizat ve donanım bulunmaktadır. Bu teçhizatı kullanma esnasındaki dikkatsizlik kaynaklı bozulmalar da eklendiğinde, kamusal sektörde teçhizatın çoğu zaman kullanım dışı olması ve serbest piyasada hizmet sunucularının bulunması kamusal sektör için bir tehlike oluşturmaktadır. Kosova sağlık sektörünün bozulan imajının iyileştirilmesini yansıtacak en önemli unsur sağlık hizmetleri kalitesinin artırılması olacaktır.

2.6. Kosova'nın Özel Sağlık Sektörü

Kosova'da özel sağlık sistemi son 15 yılda daha fazla gelişmeye başlamıştır ve genel olarak aşağıdaki hizmetleri sunmaktadır: ilaç dağıtımı, diş hekim hizmetleri ve çeşitli kliniklerde diğer hizmetler. Hastane sağlık sistemi genellikle Priştine, Prizren, Mitroviça gibi büyük şehirlerde ağırlıklıdır. Bu hastaneler önleyici, teşhis edici, tedavi ve rehabilitasyon tedavileri sunmaktadır (ASK, 2019). Şimdi, neredeyse son on yıldan beri bu sektör daha istikrarlı olmuş ve genel olarak yüksek teknoloji hizmetleri, modern altyapı ve bazı hizmetlerin yabancı hekimler tarafından verildiği bilinmektedir (MOH, 2014).

Ne Sağlık Bakanlığı ne de başka bir kuruluş, özel sağlayıcılar hakkında uygun bir veri tabanına sahip değildir. Bu nedenle sağlık hizmeti sistemindeki özel sektör faaliyetleri hakkında yeterli bilgi mevcut yoktur ve bir faaliyetin izlenmesi için neredeyse düzenleyici bir mekanizma bulunamamaktadır. Bağımsız düzenleyici kurumlar ve meslek kuruluşları bu alanda önemli bir rol oynayabilmektedir (UNDP, 2019).

Kosova'nın güçlü bir düzenleyici çerçeve oluşturması ve kalite kontrolünü sağlayacak birimler kurması gerekmektedir. Ekipman ve tesislere uygun kalite standartlarını sağlamak ve özellikle hastaları ve çalışanları tehlikeli uygulamalardan korumak için etkili bir güvenlik, kalite ve denetim sistemi gereklidir. Bu sektör her zaman büyümekte ve gelecekte birincil sağlık sistemini de geçeceği düşünülmektedir.

2.7. Yıllar Boyunca Sağlık Sisteminin Bazı Göstergeleri

Kosova, 10,908 km² alana sahip Balkanlar'ın güneybatı kesiminde yer almaktadır. Toplam nüfus yoğunluğu 193 kişi/km² olan, yaklaşık 2.100.000 nüfusa sahip olduğu tahmin edilmektedir (Kosova İstatistik Kurumu (KİK) tarafından yapılan 2006 yılı tahminleri). Kosova nüfusunun yaş yapısı şöyle açıklanabilir: Nüfusun %33'ü 0-14 yaş grubuna, %61'i 15-64 yaş grubuna ve sadece %6'sı 65 yaşın üzeri grubuna girmektedir. Nüfusun yaş ortalaması 26.5'tir. 2006 yılında, ortalama yaşam süresinin 69 yıl civarında olduğu ve komşu ülkelere göre daha düşük olduğu tahmin edilmektedir. Doğurganlık çağındaki kadınlar nüfusun (15-49 yaşları) %24'üne katılırken, doğurganlık oranı %64.8

olan Kosova, Güneydoğu Avrupa’da en düşük GSYİH’ya sahip olan Avrupa’nın en fakir ülkelerinden biridir. Bir sonraki sayfada Şekil 1’de Kosova’nın haritası verilmiştir. Tablo 3’de ise bazı demografik bilgilere yer verilmiştir (MOH, 2014).

Kosova, sağlık konusunda Balkanlarda en kötü karneye sahip ülkedir. Sağlık politikalarının toplum için yüksek öneme sahip konular olduğu varsayılmaktadır. Bu nedenle politika yapanların gündemlerinde özel bir yere sahiptirler. Kosova’da sağlık sektörünü düzenleyen esas yasa Kosova Sağlık Yasası’dır. Sektörü düzenleyen diğer önemli yasalar arasında Halk Sağlığı Yasası, Özel Sağlık Yasası ve Üreme Sağlığı Yasası yer alır. Kosova’nın halen sağlık sigortası yoktur. 2001 yılından bu yana sağlık sigortasına ilişkin en az dört yasa tasarısı kabul edilmeden ve yürürlüğe konmadan kalmıştır (MSH, 2019).



Şekil 1. Kosova Cumhuriyeti Haritası

Kaynak: Kosova İstatistik Kurumu

2014'ten beri Kosova Meclisi tarafından onaylanan sağlık sigortası yasası çıkarılmış fakat sağlık sigortasında ve uygulamasında uygulama şeklini bulamamıştır. Kosova'ya ilişkin analitik bir rapor bunu, Kosova'da sağlığın gelişmemesinin en büyük engellerinden biri olarak değerlendirmiştir. Kosova'da sağlık sistemi finansmanı genelde devlet bütçesinden sağlanmakta, cüzi bir kısmı da vatandaşlara kesilen faturalardan elde edilmektedir. Sağlık hizmetleri kalitesinin çoğu zaman istenen düzeyde olmadığı görülmüştür. Mevcut sağlık sisteminin, hizmet sunma ve satın alma kurumlarından teşekkül olmayışı, hizmet sunanları, kalitesini ve etkinliğini artıracak mali olanakların eksik olduğu bir duruma sevk etmektedir (KDI, 2019).

Tablo 3. Yaşam ve Demografik İstatistiklerle İlgili Temel Göstergeler

Toplam nüfusu	2126708 değerlendirme
Nüfus yoğunluğu	193 p/km ²
Kosova'nın toplam alanı	10.908 km ²
Etnik grupları	
Arnavut	%92.00
Sırp	%5.30
Diğer etnik grupları	%2.70
Yaş gruplarına göre dağılım	
0-14 yaş arasında	%33.00
15-64 yaş arasında	%61.00
65 +	%6.00
Doğurganlık çağındaki kadınlar	%24.00
Ortalama yaş	26.5 yaş
Cinsiyete göre dağılım	
Erkek	%51.60
Kadın	%48.40

Kaynak: Maliye Bakanlığı

Balkan Araştırmacı Gazeteciler Ağı (BIRN, 2014)'nın yaptığı bir araştırma, yeterli tedariki olmayan eczaneler, eskimiş ve eksik tıbbi teçhizat, sağlık personelinin gecikmeli ve istikrarsız çalışması ve kamu sektöründe görevli personelin özel sektörde de istihdam edilmesi, hastaları kamu sektöründen özel sektöre yönlendiren sağlık personeli ve çeşitli türlerde yolsuzluklar dahil olmak üzere, Kosova sağlık sisteminde çok sayıda problem tespit etmiştir (BIRN, 2014).

Kosova'daki sağlık sistemi iki tür kurumlardan oluşmaktadır: politika, planlama ve yürürlükteki mevzuatı uygulama kurumları ile sağlık ve ecza hizmetleri sunan kurumlar. Sağlık Bakanlığı politika oluşturmanın ve uygulamanın ana taşıyıcısı iken, (kamusal) sağlık hizmetleri sunucuları ise halka sağlık hizmeti sunanlardır. Sağlık hizmeti sunucuları birincil, ikincil ve cl olmak üzere üç düzeyde sınıflandırılırlar. Kosova sağlık altyapısı Balkanlarda en az gelişmiş olanlardan birisi olarak nitelendirilmektedir. Çalışma koşullarının belirgin eksikliği, eskimiş teçhizat ve eksik bakım gibi hususlar bu tür nitelemelerin temel nedenleridir (SHSKUK, 2019).

Kosova vatandaşları birçok uzmanlaşmış sağlık hizmetleri için yurtdışındaki sağlık kurumlarına yönelmekte. Yukarıda belirtilen olgulardan hareketle Kosova'da nitelikli sağlık hizmeti sunma konusunda Türk zel hastaneleri ve Türk Devleti'nin Kosova sağlık sistemine kadro göndermek veya ilgili vakaları Türkiye'ye tedaviye göndermek suretiyle önemli rol üstlenmişlerdir (MSH, 2019).

2.7.1. Sağlık Sektörünün Fonlaması

Devlet btresi, sağlıkla ilgili fonksiyonların temel finansrlerinden biri olmaya devam etmektedir. 2016 yılı için yerel ve merkezi düzeyde sağlık için hükümetin tahsis ettiği bütçe yaklaşık 168 milyon avro olup Kosova'nın toplam bütçesinin sadece %10,6'sını ve milli hasılanın %2,89'unu oluşturmaktadır. Bu, bölgedeki diğer ülkelere kıyasla en küçük bütçe tahsisleri arasındadır (MF, 2019).

Kosova, yıllık kişi başi geliri 3,084  veya aylık 257  olan Avrupa'nın en fakir ülkelerinden biridir. 2014 yılı ekonomik büyümesi %1,2 olup açlık sınırı altında yaşayanların oranı %8,2 oranında diye tahmin edilmektedir (ASK, 2014). 2013 yılında yıllık milli gelirindeki artış, 2012 ile kıyaslandığında, Maliye Bakanlığı Makroekonomi Birimi hesaplamalarına göre %3,2'dir. Dünya Bankası'nın Kosova'da Fakirlik Raporuna göre ise 2012 yılında mutlak fakirlik oranı 2005-2006 yılına göre belirgin bir şekilde daha düşük olmakla birlikte, genel dünya ortalamasına göre halen yüksektir. 2011 yılında nüfusun %29,7'si günde 1,72  (yetişkinler için) ile fakirlik sınırı altında, nüfusun %10,2'si ise günde 1,2  ile açlık sınırının altında (yetişkinler için) yaşamaktaydı (ASK, 2013).

2.7.2. Sağlık Sisteminin Zorlukları ve Yönetimi

Bu çalışmanın odağı Kosova’da devlet ve özel hastanelerinin hizmet ve performans düzeyinin ölçülmesidir. Kosova’da sağlık hizmetlerinde kalite eksikliği başlı başına bir problemdir. Bu konudan yerli ve uluslararası kurumların raporları da bahsetmektedir. International SOS şirketinin son araştırmasında sağlık hizmetleri sunma altyapısı konusunda Kosova’ya son sıralarda yer verilmiştir. Öyle ki Doğu Avrupa’nın önemli kısmı orta derecede problemli gösterilmekte olup, sağlık hizmetleri sunma konusunda çok problemli olan ülkeler arasında Kosova, Arnavutluk ve Makedonya anılmaktadır. Çağdaş sağlık teknolojilerinin sağlık hizmeti sunmada yetişmiş ve uzmanlaşmış kadro gerektirdiği aşikâr olduğu bu dönemde, profesyonel kadro eksikliği Kosova’daki sağlık kurumlarının kilit meselesi olarak görülmektedir. Dahası mali ve insan kaynakları eksikliği uzun vadede özellikle kadro yetiştirme konusunda sağlık sektörüne zarar verecektir (ASK, 2013).

Sağlık kurumlarında temel ilaçların ve kullanım malzemelerinin eksikliği, Sağlık Bakanlığı’nın temel ilaç ve tüketim malzemesi tedariki süreçlerindeki gecikmenin sonucunda ortaya çıkmış olup, ilaç tedariki konusunda öncelikler belirlenmemiştir ve kötü yönetim ile teşkilatlanma söz konusudur. Temel ilaç listesi ürünlerinin son alıcısının kim olduğunu takip edecek bir mekanizma bulunmamaktadır. Hizmetlerin anlık yönetimi, yönetim kapasitelerinin geliştirilmesi, sağlık sisteminin gitgide daha açık olmasından kaynaklı yönetim kapasitelerinin geliştirilmesi de mesleki öncelik olarak ele alınmalı ve bunun bölge ülkeleri ile dünyada ün yapmış merkezlerde yapılmasının yolları aranmalıdır. Tüm bunların amacı Kosova’da sağlık sistemine daha iyi performans getirecek bir yönetim yetkinliği temelini oluşturulması olmalıdır. Kosova’da sağlık sisteminin problemi sadece oldukça kısıtlı olan bütçe değildir; hastaların sağlığı üzerinde etki edecek ve sağlık sistemi performansını arttıracak olan sağlık personelinin davranışlarıdır (ASK, 2013).

Bu nedenle tedavinin düzenli alınması bilincinin geliştirilmesi ve sürekli tedarik, hastaların gerektiği şekilde tedavisinde önemli rol oynamaktadır. Dahası, mali ve insan kaynakları eksikliği hastalara hizmet sunma bölgelerinin eksikliğine neden olup uzun

vadede sağlık sekt6r6ne ve 6zellikle kadroların yetiştirilmesine zarar verecektir. Kosovalı hastalar yurtdışında tedavi için yılda 80 milyon avro t6ketymektedirler (MSH, 2019).

Yukarıda belirtilen problemlerden hareketle Kosova’da komşu 6lkelerinden ve daha geniş b6lgeden gelerek hizmet veren çok sayıda klinik bulunmaktadır. Bunlardan Amerikan Hastanesi, Medicine Hospital Group, Bahçeci 6zel Hastanesi, Aloka Cerrahi Kliniği, Galaxy Polikliniği, Alman G6z Kliniği. Euromedica Kliniği, Acıbadem Hospital Group, Lindja Hastanesi, Intermed-Eda Hastanesi, LIV T6rk Hastanesi, İstanbul Medicine Hospital vb. anılabilir (MSH, 2019).

2.7.3. Sağlık Sağlayıcısı ve D6zelticisi Olan Ana Kurumları

Kosova sağlık sekt6r6 yeni bir teşkilat, finansman ve sağlık hizmetleri sunumu reform s6recine girmiştir. H6k6met son 6 yıl içerisinde beş 6nemli kanunu kabul ettirmeyi başarmıştır. Bu kanunlar: 2012/04-L-125 sayılı G6ncellenmiş Sağlık Kanunu, 2012/04-L-150 sayılı Sağlık Meslek Odaları Kanunu, 2012/04-L-156 sayılı T6t6n Denetimi Kanunu, Mart 2014’te kabul edilen Tıbbi Malzeme ve Teçhizat Kanunu ve Nisan 2014’te kabul edilen Sağlık Sigortası Kanunudur. Sağlık Bakanlığı, 2013 nisanına kadar Bakanlık içerisinde g6rev yerleri d6zenlenmesi ve i teşkilatlanmaya açıklık getiren bir y6netmelik çıkarmıştır (MSH, 2019).

Bunun dışında onay bekleyen şu y6netmelikler vardır: 2012/4-L-125 sayılı Sağlık Kanunuyla belirlenmiş olan Sağlık Finansmanı Ajansı (AFSH) Y6netmeliği ve Kosova Klinik ve Hastane Hizmeti (SHSKUK) Y6netmeliği. SHSKUK, kamusal sağlık sekt6r6ndeki ikincil ve 66nc6l sağlık hizmetleri kurumlarından oluşacak ve Bakanlıkça ıkarılacak bir kararname ile 6zerk icracı kurum olarak faaliyet g6sterecektir. SHSKUK, 66nc6l sağlık hizmetleri kurumları ile b6lge hastanelerini ve (hizmet hattında teşkilatlanmış olan) mesleki hizmetleri bir çatı altında toplayarak Sağlık Bakanlığı’na karşı sorumlu tutacaktır (MSH, 2019).

Sağlık sekt6r6n6n 2009 yılında karşı karşıya kalmaya devam ettiği problemler: Mali istikrarsızlık, malzeme (ilaç) ve teknolojik teçhizat eksikliği, profesyonel kadro eksikliği, hizmetlerin erişime açık olmasındaki boşluklar, mali yetersizliğin devam

etmesi, sağlık hizmetleri kalitesindeki kusurlar ve sağlık yöneticilerinin ilerlemeyi planlama ve  l me imk nı veren verilerin eksikliğidir (ASK, 2013).

Dünya Bankası'nın 2007 yılında yapılan bir değerlendirmesinde hesap verilebilirlik ayrıntılı bir şekilde ele alınmıştır. Yapılan bu çalışmada yöneticilerden performanslarıyla ilgili hesap sormayı zorlaştıran kusurları, istatistiki veri ve yönetim eksikliğini, uygun denetim yapılmaksızın tıbbi malzeme tedariki ve girdilere dayanan katı bütçe sistemi kusurları tespit edilmiştir. Bütçeler, bireysel kurumlarda mevcut faaliyet veya harcama ihtiyaçlarıyla örtüşmüyor gibi görünüyordu. Gece vardiyası finansmanını sağlaması gereken hasta ödemelerinden elde edilmiş olan gelirler yetersiz olduğundan personelin bu ödemeleri kabul etmemesiyle sonuçlandı (Olofsson, 2014).

Sağlık sektöründe kişilerin kendi ceplerinden yaptıkları  demeler yüksek olduğundan bu durum, sağlık sistemine erişimde sorun teşkil etmektedir. Kayıt dışı ödemelerin oranı %4 – 16 arasında değişebilmektedir. Bu oran Arnavutluk'takinden düşük olmasına rağmen rahatsız edici derecededir. Kayıt dışı ödemelerin ortalama oranı farklı hizmet türleri için yapılan kayıt dışı ödeme farklarını gizleyebilir. Çoğu ülkelerde kayıt dışı  demeler daha sık ve hastanede kalmayı ve cerrahi müdahale gerektiren ağır vakalarda daha yüksek olabilmektedir (Vian vd, 2006).

Diğer yandan personel eksikliği konusuna gelince, listelerine ulaşılamadığından dolayı bu değerlendirmede personel eksikliğini tespit etmek mümkün olmamaktadır. Ancak bazı kişiler doktor eksiklikleri konusuna değinmişlerdir. Sağlık Bakanlığı, günlük işe gelişleri takip eden elektronik bir denetim sistemi ve imza listelerine sahiptir. Bu da amirlere, personelden işe gelmemiş olanları tespit etme imk nı vermektedir. Ayrıca Sağlık Bakanlığı, 2013 yılında ilk defa sağlık kurumlarında verimlilik ve hasta memnuniyetine dayalı bir ödüllendirme için bir meblağ ayırmıştır (MSH, 2019).

Sağlık hizmetleri zincirinde bir diğer sorun ürün veya ilaç tedarikidir. Tıbbi  r n tedariki zinciri ürün seçimi, satın alma, dağıtım ve tıbbi ürünlerin tedavi sürecinde kullanımını kapsamaktadır. H k met daireleri ile hükümet yetkilileri tıbbi ürün ve eczanelerdeki ilaçların kalite ve güvenliğini sağlamak amacıyla lisanslama yoluyla tüm bu faaliyetlere dahil olmuşlardır. Bu süreç çok sayıda ihale usulsüzlüğü ve istismardan

kaynaklı problemler eşliğinde her iki kademe hizmetlerine de zarar vermektedir. Kosova'daki sağlık hizmeti sağlayıcıları tedavi ettikleri hasta sayısı, hizmet miktarı veya sunulan hizmet fiyatından bağımsız olarak hekimlerin işyerinde geçirdikleri süre üzerinden ödeme yaparlar. Hekimlerin bu şekilde sabit gelirleri vardır ve daha az mali risk üstlenmiş olurlar (Begolli & Qosaj, 2011).

Ancak onlar aynı zamanda daha az sayıda hastayı tedavi etmeyi, hastaları özel muayenehane veya hastanelere yönlendirerek daha düşük kalitede sağlık hizmeti sunmayı tercih edebilirler. Son yıllarda vakalara müdahale edecek yetişmiş profesyonel kadro eksikliği problemi de ortaya çıkmıştır. Personelin bir kısmının düşük maaşlardan dolayı Kosova'yı terk edip başka bir işyeri bulmak amacıyla Avrupa'nın çeşitli ülkelerine gittiklerinin altı çizilmelidir (ASK, 2013).

Sağlık hizmetlerinde bir diğer sorun hekim ve hasta bakıcılarının iş planında belirlenmiş görevleri yerine getirmede gösterdikleri gayrettir. Vatandaşların verdikleri gayriresmî bilgilere göre kamusal sektör sağlık kurumlarındaki hekim ve hasta bakıcılarının kendilerini yeterince işe vermediklerini beyan etmekte; ancak bu meselenin araştırmamızın ilerleyen aşamalarında aydınlatılması beklenmektedir zira anketin bir kısmında bu sorunla ilgili sorular yer almaktadır (Begolli & Qosaj, 2011).

Sağlık hizmet kalitesi ile ilgili literatür incelenmesi burada sona ermektedir. Bir sonraki bölümde Kosova devlet hastaneleri ile özel Türk hastaneleri arasında yapılan ampirik araştırmaya yer verilmiştir.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

3. KOSOVA SAĞLIK SEKTÖRÜNDE HİZMET KALİTESİNİN ÖLÇÜLMESİNE İLİŞKİN AMPİRİK ARAŞTIRMA

Çalışmanın bu bölümünde Kosova'nın devlet ile özel Türk hastanelerinde hizmet kalitesini ölçmek için anket yöntemini kullanılarak sahada yapılan araştırmaya yer verilmiştir. Bölümde sırasıyla araştırmanın amacı, kapsamı, önemi, kısıtları, metodolojisi, değişkenleri, hipotezleri, örnekleme süreci, veri toplama araçları ve yöntemleri ve araştırmadan elde edilen sonuçlar yer almaktadır.

3.1. Araştırmanın Amacı, Kapsamı ve Önemi

Sağlık hizmetleri diğer kamu hizmetlerinden farklıdır. “Evrensel erişim ve kapsam” sunmasına rağmen, mevcut sağlık sistemi maddi durumu iyi olmayanlara katkıda bulunmamaktadır. Siyasi, ekonomik ve sosyal bağlam sağlık sistemindeki kaybı belirlemekte ve sistemi ile hastayı kısır bir döngüye sokmaktadır. Kosova Hükümeti ve uluslararası kurumlarca uygulanan uluslararası politikaların etkileri, Kosova'nın hal ve istikbalde siyasi ve ekonomik konumu hakkında sürekli bir belirsizlik durumuna katkı sunmaktadır. Böyle bir durum Kosova sağlık sektörüne dolaylı veya dolaysız olarak etki etmektedir (Begolli & Arënlju-Qosaj, 2011: 13).

Sağlık sistemi performansı ile sağlık durumu, önemli ölçüde bireysel davranışlar ile hükümet politikalarından etkilenmektedir (Vian vd, 2006). Sağlık hizmetleri, kıyafet veya yemek satın alınıyormuş gibi satın alınamaz. İlk olarak, sağlık hizmetleri refahı korumak veya bir hastalığı tedavi etmek için kullanılmaktadır. Dolayısıyla, gerektiğinde satın alınmazlarsa, kısa veya uzun vadede hayatı tehlikeye atabilmektedir. İkincisi, ne zaman ve neyin gerekli olacağını tahmin etmek çok zordur. Üçüncüsü, sağlık hizmetleri pahalı olabilmekte ve birey bunları karşılayamazsa, onurlu bir yaşam için gerekli mülkleri satarak önemli finansal sorunlara, genellikle finansal iflasa neden olabilmektedir (Begolli & Arënlju-Qosaj, 2011: 13).

Ülkemiz Kosova’da olduğu gibi, zor bir geçiş dönemi geçirmiş olan bölge ülkelerinin çoğunda sağlık hizmetleri kalitesinin sürekli iyileştirilmesi aşılması gereken bir engel olarak ülkelerinin önünde durmaktadır. Kosova’da istikrarlı bir sağlık hizmetleri kalite sistemi bulunmadığından bu, çözüm gerektiren bir mesele olarak durmakta ve kurumsal, siyasi ve mesleki anlamda daha fazla gayret gerektirmektedir. Çeşitli yerli ve uluslararası raporlar, bölge ve Avrupa ülkeleriyle kıyasla Kosovalıların, sağlık hizmetlerinin kalitesinden sadece az bir kısmının memnun olduklarını göstermektedir. Bu raporlar Kosova’da yolsuzluğun da ciddi bir mesele olduğunu ortaya koymaktadır (Vian vd, 2006).

Kosova’da sağlık hizmet kalitesinin hakkettiği önemini henüz kazanamamıştır. Özel Türk hastanelerin piyasaya katılmakla birlikte kamu sektöründe de hizmet kalitesinin ölçüm araçlarına önem vermek zorunlu hale gelmiştir. Bu amaca ulaşmak için, bu çalışma devlet ve özel sağlık sektörü arasında kıyaslama yapabilmek ve sağlık hizmet kalitesinin iyileştirmesini güdülemek için hem devlet hem de özel sektörde sağlık hizmet kalitesinin ana unsurları belirleyip değerlendirmeyi hedeflemektedir.

Bu çalışmanın amacı Kosova devlet hastanelerinde ve özel Türk hastanelerinde sunulan sağlık hizmet kalitesinin hasta açısından genel bir değerlendirmesini yapmaktır. Çalışmanın alt amaçları aşağıdaki gibi belirlenmiştir:

- Sağlık hizmet kalitesinin ana unsurlarını belirleyip, Kosova devlet hastaneleri ile özel Türk hastaneleri arasındaki sunulan hizmet kalitesi boyutlarının farklılıklarını incelemek;
- Kosova devlet hastaneleri ile özel Türk hastanelerinde hasta memnuniyetini incelemek;
- Kosova devlet hastaneleri ile özel Türk hastanelerinde sunulan sağlık hizmet kalitesinin, hasta memnuniyeti üzerine etkisini incelemek;
- Kosova devlet hastaneleri ile özel Türk hastanelerinde sunulan hizmet kalitesinin hastaların demografik özelliklerine göre farklılıklarını incelemek;
- Hasta memnuniyetinin hastaların demografik özelliklerine göre nasıl farklılaştığını incelemek;

- Hastane türü ile hastaların demografik özellikleri arasındaki ilişkiyi incelemek;
- Hastane türü ile hastaneyi tercih nedenleri arasındaki ilişkiyi incelemek.

Fakat bu amaçlara ulaşmak için araştırmanın gerek zaman gerekse maliyet gibi bazı gereklilikleri öne çıkmaktadır.

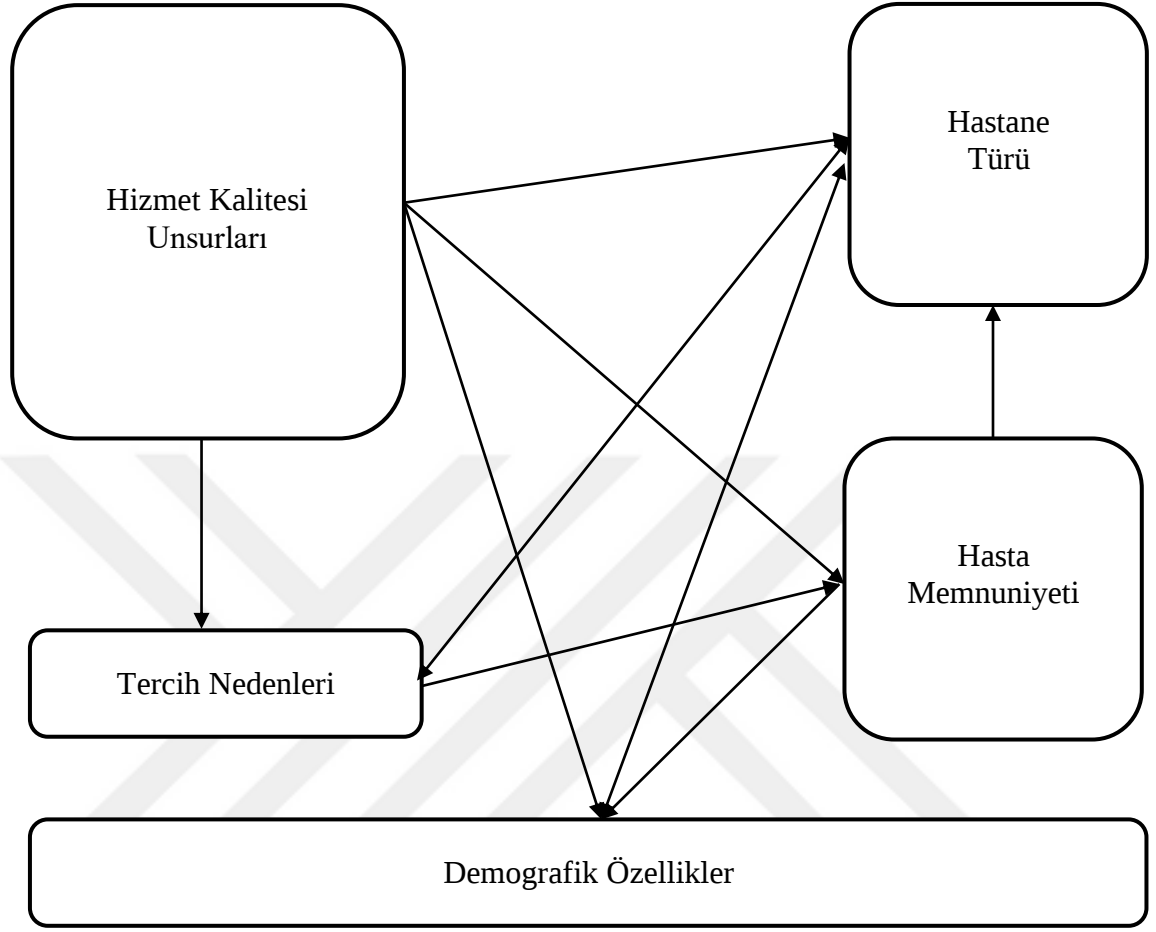
3.2. Araştırmanın Sınırları

Her araştırmada olduğu gibi bu araştırmanın da aşağıdaki gibi bazı sınırları mevcuttur:

- Araştırmaların en önemli kısıtları zaman ve maliyetleridir. Kosova'nın tüm devlet hastanelerine ve Kosova'da bulunan tüm özel Türk hastanelerine ulaşmak zaman ve maliyet kısıtları açısından zordur. Bu nedenle araştırma örnekleme ile sınırlanmıştır. Anketin dağıtımına gösterilen çabaya ve ayrılan zamana rağmen örnek büyüklüğünü oluşturan hastalardan elde edilen anketler sayısının ana kitleyi temsil etme olanağı yoktur.
- Hastalardan alınan yanıtların doğruluğu ölçülenemez çünkü hastaların çoğunluğuyla hastane alanları içinde görüşüldüğünden dolayı bu, hastane personeli ya da aile fertlerinden etkilenme olasılığını arttırmıştır. Ayrıca bazı hastaların sağlık personelinden gerekli hizmeti alamama korkusundan dolayı araştırmaya katılmayı kabul etmemişlerdir.
- Araştırmanın sağlıkla ilgili olduğu göz önünde bulundursak, cevapların da hastaların tedavi gidişinden etkilenme olasılığı vardır.
- Çok ağır durumda, konuşamayan, ağırları olan hastalarla görüşmek mümkün olmamıştır.

3.3. Araştırmanın Modeli ve Değişkenleri

Araştırmada anket yöntemini kullanılarak Kosova devlet hastaneleri ile özel Türk hastanelerinin sunduğu hizmet kalite düzeyini belirlemeye ve bu iki hastane türü arasındaki hizmet kalitesi farklılıklarını incelenmeye çalışılmıştır. Bu çerçevede hastaların hangi hastane türünden daha iyi hizmet aldığı, hangisinden daha fazla memnun



Şekil 2. Araştırmanın Modeli

kaldığı ve hangi nedenlerle bulunduğu hastaneyi seçtiği konuları gibi farklılıklarının incelenmesi amaçlanmıştır. Şekil 2’de sağlık hizmet kalitesi literatüründe belirlenen hizmet kalitesi boyutları ile hasta memnuniyeti ve demografik özellikleri arasındaki ilişkilerin ortaya konulması hedeflenmiştir.

Şekil 2’de sağlık hizmet kalitesi boyutlarının hastane türüne göre farklılık gösterip göstermediği araştırılmaktadır. Sağlık hizmet kalitesi boyutlarının hasta memnuniyeti üzerine olumlu bir etkisinin olup olmadığı araştırılmaktadır. Sağlık hizmet kalitesi boyutlarının hastaneyi tercih nedenlerine ve hastanın demografik özelliklerine göre farklılık gösterip göstermediği de araştırılacaktır.

Model, hasta memnuniyetinin hasta kişiliğine ve hastalık türüne göre farklılaşıp farklılaşmadığı da incelemektedir. Hastane türü seçimi hastaların demografik özellikleri arasında anlamlı bir ilişki olduğu öngörülmektedir. Hastane türü seçimi ile hastaneyi tercih nedenleri arasında anlamlı bir ilişki olduğu varsayılmaktadır. Hasta memnuniyetinin hastaların demografik özelliklerine göre anlamlı bir şekilde farklılık gösterip göstermediği araştırılacaktır. En son, hasta memnuniyetinin tercih nedenlerine göre de farklılaşıp farklılaşmadığı da araştırılacaktır.

Araştırma modelinden de anlaşılabildiği gibi araştırmamızda toplam dört grup değişkeni bulunmaktadır: hizmet kalitesini ölçen değişkenler, hastane türü, hasta memnuniyeti ile tercih nedenleri ve hastaların demografik özellikleri. SERVQUAL modeline dayanan Varinli ve Çakır (2004), Yağcı ve Duman (2006) ve Zerenler & Ögüt (2009) çalışmalarından uyarlanan hizmet kalitesi değişkeni toplam 35 ifadeden oluşmaktadır. Bu ifadelere ek kısmı anket formunda yer verilmiştir.

Demografik özelliklerde ise aşağıdaki değişkenler kullanılmıştır:

- Cinsiyet
- Yaş
- Eğitim durumu
- Meslek
- Medeni durum
- Gelir düzeyi

3.4. Araştırmanın Hipotezleri

Araştırmanın modeline dayanarak ve değişkenler arasındaki bağlantılara bakarak, araştırmada aşağıdaki hipotezler test edilmektedir:

H₁: Sağlık hizmet kalitesi hastane türüne göre anlamlı farklılık göstermektedir.

H₂: Sağlık hizmet kalitesi hasta memnuniyetini olumlu yönde etkilemektedir.

H₃: Sağlık hizmet kalitesi hastaneyi tercih nedenlerine göre anlamlı farklılık göstermektedir.

H₄: Sağlık hizmet kalitesi hastaların demografik özelliklerine göre anlamlı farklılık göstermektedir.

Bu hipotez hasta memnuniyetinin cinsiyet, yaş, eğitim durumu, meslek, medeni durum ve gelir düzeyine göre farklılıklarını inceleyecektir.

H₅: Hasta memnuniyeti hastane türüne göre anlamlı farklılık göstermektedir.

H₆: Hasta memnuniyeti demografik özelliklerine göre anlamlı farklılık göstermektedir.

Bu hipotez hasta memnuniyetinin cinsiyet, yaş, eğitim durumu, meslek, medeni durum ve gelir düzeyine göre farklılıklarını inceleyecektir.

H₇: Hasta memnuniyeti hastaneyi tercih nedenlerine göre anlamlı farklılık göstermektedir.

H₈: Hastane türü seçimi ile demografik özellikleri arasında anlamlı ilişki vardır.

Bu hipotez hastane türü ile cinsiyet, yaş, eğitim durumu, meslek, medeni durum ve gelir düzeyi arasındaki ilişkileri inceleyecektir.

H₉: Hastane türü seçimi ile hastaneyi tercih nedenleri arasında anlamlı ilişki vardır.

3.5. Araştırmanın Örnekleme

Araştırmanın anakütlesini Kosova'nın devlet ile özel Türk hastanelerinde tedavi gören 18 yaş üzerindeki hastalar oluşturmaktadır. Gerek zaman gerekse maliyet kısıtları göz önünde bulundurarak anakütlenin tamamına ulaşmak mümkün olmadığı için araştırma örneklem büyüklüğü ile sınırlanmıştır. İlk önce toplam devlet ile özel Türk hastanelerinin listesi çıkarılmıştır. Kosova İstatistik Kurumu 2018 raporuna göre Kosova'da 7 devlet hastanesi ve 28 özel hastane çalışmaktadır. Devlet hastaneleri aşağıdaki gibi Kosova şehirlerinin çoğunluğundaki bölgelere göre ayrılmıştır:

- Kosova Üniversite Hastanesi, Priştine Bölge Hastanesi

- Prizren Bölge Hastanesi
- Mitroviça Bölge Hastanesi
- Yakova Bölge Hastanesi
- Ferizaj Bölge Hastanesi
- Gilan Bölge Hastanesi

Kosova'nın bütün devlet hastanelerine gidip hastalarla görüşmek mümkün olmadığı için, yukarıdaki hastanelerden Kosova'nın en büyük şehirleri olan Priştine, Prizren ve Mitroviça Bölge Hastaneleri seçilmiştir. Bu hastaneler aşağıdaki polikliniklerde hizmet vermektedirler:

- Acil
- Kardiyoloji ve Romatoloji Kliniği
- Psikiyatri Kliniği
- Ortopedi Kliniği
- Jinekoloji Kliniği
- Göz Kliniği
- Kulak Burun Boğaz Kliniği
- Pediatri Kliniği (çocuklar için)
- Diş Hekimliği Kliniği
- Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği
- Dermatoloji Kliniği
- Cerrahi Kliniği
- Analiz ve Transfüzyon Kliniği (Laboratuvar)
- Keşif

Kosova'da 28 özel hastaneden 7 özel Türk hastanesi çalışmaktadır. Yedi özel Türk hastanesinden büyüklüğünden dolayı 4 özel hastane seçilmiştir. Priştine'de bulunan İstanbul Medicine hastanesi, Eye Hospital ve LİV Hospital seçilmiştir. Dördüncü hastane olarak da Gilan'da bulunan Bahçeci Hastanesi seçilmiştir.

Araştırma kolayda örnekleme kullanılarak devlet hastanelerinden 204 kişiye ve özel Türk hastanelerinden 204 toplam 408 kişiye uygulanmıştır. Priştine Bölge

Hastanesi'nde 85 anket, Mitroviça Bölge Hastanesi'nde 67 anket ve Prizren Bölge Hastanesi'nde 52 anket dağıtılmıştır. Özel Türk hastanelerinden, İstanbul Medicine Hastanesi'nde 68 anket, Bahçeci Hastanesi'nde 57 anket, Eye Hospital'ında 40 anket ve LİV Hospital'ında 39 anket dağıtılmıştır.

Ancak Priştine Bölge Hastanesi'nden 67 anket, Mitroviça Bölge Hastanesi'nden 41 ve Prizren Bölge Hastanesi'nden 40 anket toplam 148 geri alınmıştır. İstanbul Medicine Hastanesi'nden 47 anket, Bahçeci Hastanesinden 32 anket, Eye Hospital'ından 20 ve LİV Hospital'ından 26 anket toplam 125 geri alınmıştır. Devlet hastanelerinden veri eksikliği ve doğru doldurulmadığı şüphe edildiği takdirde 148 anketten sadece 108 anket geçerli bulunmuştur. Özel Türk hastanelerinden ise aynı sebeplerden dolayı 141 anketten sadece 96 geçerli bulunmuştur. Araştırmanın analizleri de toplam 204 kişiyle yapılmıştır.

Anket formları Priştine hastanelerinde bizzat araştırmacı tarafından dağıtılıp toplanmıştır. Mitroviça, Prizren ve Gilan şehirlerinde tanınan hekimler yardımıyla anketlerin dağıtımı yapılmış ve aynı şekilde de anketin toplanması gerçekleştirilmiştir. Fakat bazı hastanelerde hastalarla görüşmek için hastane müdürlerinden yazılı izin alınması gerekmiş ve o şekilde görüşülmüştür. Hem devlet hem özel Türk hastanelerinde görüşmeler Kardiyoloji ve Romatoloji Polikliniği, Kulak Burun Boğaz Polikliniği, Diş Hastaları Polikliniği, Göz Hastalıkları Polikliniği, Enjeksiyon Hastalıkları Polikliniği ve Cerrahi Polikliniğinde yapılmıştır.

3.6. Veri Toplama Aracı ve Yöntemi

Araştırmada veriler yüz yüze görüşme anket yöntemiyle toplanmıştır. İlk önce, hastaların soruları anlayıp anlamadıklarını tespit etmek için 15 kişiyle bir ön-araştırma yapılmıştır. Verilerin toplanmasında kullanılan anket toplam dört bölümden oluşmaktadır:

Birinci bölümde hastane türü ve hastane seçim nedenleri yer almaktadır. Bu iki soru nominal ölçekte hazırlanmıştır. İkinci bölümde, Varinli ve Çakır (2004), Yağcı ve Duman (2006) ve Zerenler ve Öğüt (2009)'un çalışmalarına dayanarak sağlık hizmet

kalitesini ölçen toplam 35 ifadeye yer verilmiştir. Bu ifadeler 5’li Likert ölçeğinde (1-Hiç memnun değilim, 2-Memnun değilim, 3-Ne memnunum ne de memnun değilim, 4-Memnunum ve 5-Çok memnunum) hazırlanmıştır. Üçüncü bölümde 5’li Likert ölçeğinde hazırlanan hasta memnuniyetini ölçen soruya yer verilmiştir. En son bölümde de cinsiyet, yaş, eğitim durumu, meslek, medeni durum ve aylık gelirleri olmak üzere araştırmaya katılanların demografik özellikleri yer almaktadır. Bu sorular da nominal ölçekte hazırlanmıştır.

3.7. Verilerin Analizi

Araştırmada elde edilen verilerin analizi SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 25.0 programı kullanılarak yapılmıştır. İstatistiksel analizlerden geçerlilik ve güvenilirlik analizi, t-testi, Tek Yönlü ANOVA, basit doğrusal regresyonu ve Ki-Kare testi uygulanmıştır.

3.7.1. Ankete Katılanların Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Analizlere geçmeden önce araştırmaya katılanların demografik özelliklerinin dağılımları verilmiştir. Tablo 4’de görüldüğü gibi, araştırmanın örneklemini 204 birimden oluşmaktadır. Araştırmaya katılanların 99’u (%48.5) erkek, 105’i (%51.5) ise kadındır. Yaş dağılımına bakıldığında; katılımcıların 43’ünün (%21.1) 25’ten az, 58’inin (%28.4) 25-39 yaş aralığında, 64’ünün (%31.4) 40-54 yaş aralığında ve 39’unun (%19.1) 55 ve üzeri yaş aralığında olduğu görülmektedir. Eğitim durumu değişkenine göre katılımcıların 52’sinin (%25.5) ilk öğretim, 54’ünün (%26.5) lise, 74’ünün (%36.3) lisans ve 24’ünün (%11.8) yüksek lisans ve doktora düzeyinde olduğu görülmektedir. Meslek değişkenine göre katılımcıların 3’ü (%1.5) çiftçi, 54’ü (%26.5) memur, 37’si (%37) serbest meslek, 19’u (%9.3) ev hanımı, 45’i (%22.1) işçi, 13’ü (%6.4) öğrenci, 13’ü (%6.4) emekli ve 20’si (%9.8) işsizdir. Medeni durum değişkenine göre katılımcıların 63’ü (%30.9) bekar ve 141’i (%69.1) evlidir. Son demografik değişken olan gelir düzeyi değişkenine göre katılımcıların 55’inin (%27) 0-300 avro gelir düzeyinde, 45’inin (%22.1) 301-600 avro gelir düzeyinde, 47’sinin (%23) 601-900 avro gelir düzeyinde, 37’sinin (%18.1) 901-1200 avro gelir düzeyinde ve 20’sinin (%9.8) 1201 avro üzeri gelir düzeyinde olduğu görülmektedir.

Tablo 4. Araştırmaya Katılanların Demografik Özellikleri

Değişkenler	Gruplar	Frekans (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet	Erkek	99	48.5
	Kadın	105	51.5
Yaş	25'ten az	43	21.1
	25-39	58	28.4
	40-54	64	31.4
	55 ve üzeri	39	19.1
Eğitim durumu	İlköğretim	52	25.5
	Lise	54	26.5
	Lisans	74	36.3
	Y.Lisans/Doktora	24	11.8
Meslek	Çiftçi	3	1.5
	Memur	54	26.5
	Serbest Meslek	37	18.1
	Ev Hanımı	19	9.3
	İşçi	45	22.1
	Öğrenci	13	6.4
	Emekli	13	6.4
	İşsiz	20	9.8
Medeni durum	Bekar	63	30.9
	Evli	141	69.1
Gelir düzeyi	0-300 avro	55	27.0
	301-600 avro	45	22.1
	601-900 avro	47	23.0
	901-1200 avro	37	18.1
	1201 avro +	20	9.8

Tablo 5'te araştırmaya katılanların hastane türüne göre dağılımları verilmiştir. Hastane türü değişkenine göre katılımcıların 108'i (%52.9) devlet hastanelerinde, 96'sı (%47.1) ise özel Türk hastanelerinde tedavi görmektedirler.

Bulundukları hastaneyi tercih nedenleri değişkenine göre katılımcıların 34'ü (16.7) eski hastaların tavsiyesi, 62'si (%30.4) eski hastası olma, 21'i (%10.3) doktoru tanıma, 15'i (%7.4) hastanede bir yakının çalışması, 45'i (%22.1) daha temiz, bakımlı ve modern bir hastane olması, 25'i (%12.3) rastgele kendi seçimi ve 2'si (%1) diğer nedenlerden dolayı hastaneleri seçmiştir.

Tablo 5. Araştırmaya Katılanların Hastane Türüne Göre Dağılımları

Değişkenler	Gruplar	Frekans (n)	Yüzde (%)
Hastane türü	Devlet hastanesi	108	52.9
	Özel Türk hastanesi	96	47.1
Hastaneyi tercih nedenleri	Eski hastaların tavsiyesi	34	16.7
	Eski hastası olma	62	30.4
	Doktoru tanıma	21	10.3
	Hastanede bir yakının çalışması	15	7.4
	Daha temiz, bakımlı ve modern bir hastane olması	45	22.1
	Rastgele kendi seçimi	25	12.3
	Diğer	2	1.0

3.7.1. Hizmet Kalitesi Ölçeğinin Geçerliliği

Faktör analizi, başlıca amacı aralarında ilişki bulunduğu düşünülen çok sayıdaki değişken arasındaki ilişkilerin anlaşılmasını ve yorumlanmasını kolaylaştırmak için daha az sayıdaki faktörler yardımıyla temel boyuta indirgemek veya özetlemek olan bir grup çok değişkenli analiz tekniğine verilen genel bir isimdir. Faktör analizinde temel mantık, karmaşık bir olgunun daha az sayıda faktörler (temel değişkenler) yardımıyla açıklanabileceği düşüncesidir (Altunışık vd, 2012).

Keşfedici ve doğrulayıcı olmak üzere iki farklı faktör analizi vardır. Keşfedici faktör analizinde değişkenlerin arasındaki ilişkiler bakımından kaç grup (faktör) altında toplanacağı önceden bilinemez. Araştırmacı, değişkenlerin anlamlı ilgi düzeyleri ile gruplanması sonucu oluşan faktörleri içerikleri ve güçleri bakımından inceleyerek onlara yeni isim verir ve faktörleri tanımlar. Doğrulayıcı faktör analizinde ise araştırmacı teoriden kaynaklanan veya araştırma varsayımlarına dayanan belli sayıda faktör oluşmasını bekleyerek belirlenen bir sayıda faktör oluşturulacak şekilde veriyi işleme sokar. Daha sonra oluşan bu faktörlerin içeriklerine, faktörlerin tek tek açıklayıcılıklarına ve toplam açıklanan varsyansa tekrar bakması gerekir (Kurtuluş, 2010).

Bu çalışmada hastanelerde hizmet kalitesini ölçmek için kullanılan ölçek, Varinli ve Çakır (2004), Yağcı ve Duman (2006) ve Zerenler ve Öğüt (2009)'ün çalışmalarından

uyarlanmıştır. Asıl ölçeğin kaynağı hizmet kalitesi belirleyicilerini beş boyutta toplayan Parasuraman, Berry ve Zeithaml (1988) tarafından geliştirilen SERVQUAL modeline dayanmaktadır.

Varinli ve Çakır (2004) çalışmasında hizmet kalitesi değişkenlerini “doktorlar ile ilgili faktörler”, “hemşireler ile ilgili faktörler”, “süreç ile ilgili faktörler”, “personel ile ilgili faktörler” olmak üzere dört faktör altında toplanmıştır. Süreç ile ilgili faktörün Alpha güvenirliği katsayısı .66 olmakla birlikte, diğer faktörlerin güvenirlik katsayısı .70 üzerindedir.

Yağcı ve Duman (2006) çalışmasında da hizmet özelliklerini “muayene öncesi özellikler”, “hekimlik hizmetleri”, “kişisel ihtiyaçları karşılaması ve tıbbi hizmetleri” ve “genel görünüm” olarak dört faktör olarak elde edilmiştir. Genel görünümün .88 olmakla birlikte, diğer faktörlerinin güvenirlik katsayısı .90’ın üzerinden çıkmıştır. Benzer şekilde Zerenler ve Öğüt (2009) çalışmasında SERVQUAL modelini baz alarak hizmet kalitesi ile ilgili yeni bir değerlendirme yapmıştır.

Kullanılan ölçeğin geçerliliğini tespit etmek için keşfedici faktör analizi uygulanmıştır. Yapılan analiz sonucunda KMO testi .95 olarak bulunmuştur ve örneklem sayısının faktör analizi için uygun olduğu söylenebilir. Elde edilen Bartlett testi de anlamlı olarak bulunmuştur ($p=.00<.05$).

Tablo 6’da ölçeğe ait oluşan faktör yapısı verilmiştir. Hizmet kalitesi toplam 35 soruyla ölçülmüş fakat analiz sonucunda altında toplanan faktörle yakından bir ilişki olmadığı için 4 ifadenin analizden çıkarılmasına karar verilmiştir. Varimax yöntemini kullanarak faktör analizi de 31 değişkenle yeniden yapılmıştır. Faktör sayısı belirlemede özdeğer istatistiği (Eigenvalue) seçilerek 1’den büyük olan 5 anlamlı faktör elde edilmiştir. Beş faktör toplam varyansın %74.78’ini açıklamaktadır. İncelenen literatüre dayanarak bu faktörlerin “hastane ortamı ve tıbbi hizmetleri”, “hemşireler hizmetleri”, “fiziksel özellikler”, “uygunluk” ve “hekimler hizmetleri” şeklinde isimlendirilmesi yapılmıştır. Her faktörün değişkenler sayısı faktör yükleri birlikte Tablo 6’da verilmiştir.

Tablo 6. Hizmet Kalitesi Ölçeği Faktör Yapısı

Bileşen	Madde	Faktör Yüğü	Açıklanan Varyans
Hastane ortamı ve tetkik hizmetleri	Hasta yataklarının rahatlığı	.69	18.76
	Çarşafkların temizliği	.67	
	Hastanedeki ortamın gürültüsüz olması	.66	
	Hasta odalarının temizliği	.66	
	Laboratuvar ve diğler tıbbi hizmetlerden kolayca yararlanma	.66	
	Teçhizatın görünümü	.64	
	Hastanenin genel temizliği	.63	
	Muayene olabilmek için beklenen süre	.55	
	Binaların/odaların görünümü	.49	
	Hasta odalarının havalandırılması	.49	
Hemşirelik hizmetleri	Hemşirelerin hastaları dinlemeleri ve anlamaları	.78	16.42
	Hemşirelerin el becerileri	.76	
	Hastanın hemşireye güven duyması	.70	
	Hemşirelerin hastalara gösterdikleri nezaket düzeyi	.65	
	Hemşirelerin hastalara ilgi ve yakınlık göstermesi	.63	
	Hasta ihtiyaçlarına gösterilen ilgi	.59	
	Hasta mahremiyetine gösterilen hassasiyet	.55	
	Tetkik ve tedavinin doğru yapıldığına güven duyulması	.55	
Fiziksel özellikler	Hasta odalarının aydınlatılması	.71	14.37
	Hastanenin işaret levhaları	.66	
	Hastanenin iletişim olanakları	.64	
	Hastanenin ziyaret saatleri	.61	
Uygunluk	Uygulanan fiyatların bütçeye uygunluğu	.75	13.82
	Hastanenin kantin hizmetleri	.70	
	Hastanenin ulaşımı	.70	
	Hastane yemeklerinin dağıtılması	.69	
Hekimlik hizmetleri	Doktorların hastalara ilgi ve yakınlık göstermesi	.74	11.39
	Doktorların hastalara gösterdikleri nezaket düzeyi	.67	
	Tedavinin zamanında ve doğru yapılması	.65	
	Doktorların hastaları dinlenmek için ayırdığı zaman	.64	
	Hastanın doktora güven duyması	.62	
Açıklanan Toplam Varyans %74.78			

3.7.2. Hizmet Kalitesi Ölçeğinin Güvenilirliği

Güvenilirlik, bir testin veya ölçeğin ölçmek istediği şeyi tutarlı ve istikrarlı bir biçimde ölçme derecesidir. Güvenilir bir test veya ölçek, benzeri şartlarda tekrar uygulandığında benzeri sonuçlar verir. Bir test veya ölçek ne derece güvenilir ise ondan elde edilen veriler de o derece güvenilirdir (Altunışık vd, 2012).

Güvenirlik analizi, ölçmede kullanılan testlerin, anketlerin ya da ölçeklerin özelliklerinin ve güvenilirliklerini değerlendirmek üzere geliştirilmiş bir yöntemdir. Güvenirlik analizi prosedürü ile toplam skorların (puanların) söz konusu olduğu Likert, Q tipi vb. ölçeklerin güvenilirliğini belirleyen katsayılar hesaplanır ve ölçekte yer alan sorular arasındaki ilişkiler hakkında bilgi edinilir (Kalaycı, 2014).

Tablo 7. Güvenilirlik Analizinin Sonuçları

Faktör	İfadeler Arası Korelasyon Aralığı	Alfa Katsayısı
Genel Güvenilirlik	.47 – .86	.97
Hastane ortamı ve tetkik hiz.	.76 – .88	.96
Hemşirelik hizmetleri	.73 – .82	.93
Fiziksel özellikler	.72 – .81	.89
Uygunluk	.59 – .74	.85
Hekimlik hizmetleri	.57 – .78	.87

Tablo 7’de araştırma ölçeğinin güvenilirlik analizinin sonuçları verilmiştir. Hastanelerde hizmet kalitesi ölçeğindeki 31 ifadenin genel güvenilirlik Alfa katsayısı .97 olarak hesaplanmıştır ve bu değer hizmet kalitesini ölçmek için kullanılan ölçeğin çok yüksek derecede güvenilir olduğunu göstermektedir. Ayrıca, faktör analizinden elde edilen her faktörün güvenilirlik katsayısı oldukça yüksek olarak bulunmuştur.

İfadeler arasında korelasyonlar .47-.86 arasında değişmektedir. Düşük korelasyon değeri ilgili ifadenin bütün ölçeğe katkısının düşük olmasını ifade eder ve çok düşük değer için ilgili soru ölçekten çıkartılmalıdır (Kalaycı, 2014). İfadeler arasındaki korelasyonların yüksek olması ölçeğin içsel tutarlılık güvenilirliğinin sağlandığını göstermektedir (Devellis, 1991).

3.7.4. Araştırmaya Katılanların Hastanelerde Hizmet Kalitesi Düşüncelerine İlişkin Bulgular

Tablo 8. Araştırmaya Katılanların Hastane Türüne Göre Dağılımları

Faktörler	N	Ort	Ss	Min.	Max.
Hastane ortamı ve tetkik hiz.	204	3.60	.92	1.00	5.00
Hemşirelik hizmetleri	204	3.64	.76	1.14	5.00
Fiziksel özellikler	204	3.83	.83	1.00	5.00
Uygunluk	204	3.49	.80	1.00	5.00
Hekimlik hizmetleri	204	3.60	.75	1.00	5.00
Hizmet kalitesi genel	204	3.63	.74	1.03	4.81

Tablo 8’de hizmet kalitesi ile ilgili tanımlayıcı istatistikler verilmiştir. Hastane ortamı ve tetkik hizmetleri düzeyi memnuna yakın ($3,60 \pm .92$), hemşirelik hizmetleri memnuna yakın ($3,64 \pm .76$), fiziksel özellikler memnuna yakın ($3,83 \pm .83$), uygunluk orta düzey ($3,49 \pm .80$) ve hekimlik hizmetleri memnuna yakın ($3,60 \pm .75$) olarak saptanmıştır.

Verilere göre Kosova devlet ve özel Türk hastanelerinde hizmet kalitesini ölçen beş faktörün orta düzeyde olduğu anlaşılmaktadır. Fiziksel özellikler en yüksek değerlere, uygunluk ise en düşük değerlere sahiptir. Hekimlik ile hemşirelik hizmetleri değerleri birbirleriyle yakındır. Aynı şekilde, Kosova hastanelerinde genel hizmet kalitesinin ortalaması $3,63 \pm .74$ olarak saptanmıştır. Bu durumda Kosova hastanelerinde hizmet kalitesinin ne çok iyi ne de çok kötü olduğu anlaşılmaktadır.

Tablo 9’da ise araştırmaya katılanların her ifadeye verdiği yanıtların dağılımları verilmiştir. Araştırmaya katılan hastaların hastanelerde hizmet kalitesi ile ilgili verdiği cevaplara bakıldığında; genel olarak orta veya ortanın üstünde bir memnuniyet düzeyine sahip oldukları anlaşılmaktadır.

Tablo 9. Hizmet Kalitesi Ölçeğine Verilen Yanıtların Dağılımları

	Hiç memnun değilim		Memnun değilim		Orta		Memnunu m		Çok memnunun		Ort.	Ss.
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%		
Tedavinin zamanında ve doğru yapılması	3	1.5	43	21.1	72	35.3	62	30.4	22	10.8	3.64	.98
Doktorların hastaları dinlemek için ayırdığı zaman	5	2.5	43	21.1	72	35.3	62	30.4	22	10.8	3.25	.99
Doktorların hastalara ilgi ve yakınlık göstermesi	2	1.0	15	7.4	74	36.3	84	41.2	29	14.2	3.60	.85
Hastanın doktora güven duyması	1	0.5	15	7.4	48	23.5	92	45.1	48	23.5	3.83	.88
Doktorların hastalara gösterdikleri nezaket düzeyi	2	1.0	17	8.3	65	31.9	77	37.7	43	21.1	3.69	.92
Tetkik ve tedavinin doğru yapıldığına güven duyulması	3	1.5	15	7.4	55	27.0	86	42.2	45	22.1	3.75	.92
Hemşirelerin hastalara ilgi ve yakınlık göstermesi	5	2.5	23	11.3	56	27.5	81	39.7	39	19.1	3.61	.99
Hemşirelerin hastalara gösterdikleri nezaket düzeyi	4	2.0	12	5.9	62	30.4	85	41.7	41	20.1	3.72	.91
Hemşirelerin hastaları dinlemeleri ve anlamaları	5	2.5	24	11.8	76	37.3	79	38.7	20	9.8	3.41	.90
Hastanın hemşireye güven duyması	5	2.5	11	5.4	73	35.8	85	41.7	30	14.7	3.60	.86
Hemşirelerin el becerileri	2	1.0	21	10.3	70	34.3	87	42.6	24	11.8	3.53	.86
Hasta ihtiyaçlarına gösterilen ilgi	3	1.5	15	7.4	64	31.4	83	40.7	39	19.1	3.68	.91
Hasta mahremiyetine gösterilen hassasiyet	4	2.0	11	5.4	61	29.9	70	34.3	58	28.4	3.81	.97
Hastanedeki ortamın gürültüsüz olması	7	3.4	24	11.8	61	29.9	58	28.4	54	26.5	3.62	1.10
Hastanenin genel temizliği	13	6.4	14	6.9	58	28.4	68	33.3	51	25.0	3.63	1.12
Hasta odalarının aydınlatılması	5	2.5	16	7.8	38	18.6	74	36.3	71	34.8	3.93	1.03
Hastanenin iletişim olanakları	5	2.0	17	8.3	53	26.0	80	39.2	50	24.5	3.75	.98

Tablo 9. (devam)

	Hiç memnun değilim		Memnun değilim		Orta		Memnunum		Çok memnunum		Ort.	Ss.
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%		
Hastanenin ziyaret saatleri	1	.5	16	7.8	53	26.0	98	48.0	36	17.6	3.74	.85
Çarşıların temizliği	9	4.4	19	9.3	66	32.4	67	32.8	43	21.1	3.56	1.05
Hasta odalarının temizliği	10	4.9	24	11.8	55	27.0	59	28.9	56	27.5	3.62	1.14
Hastanenin işaret levhaları	4	2.0	13	6.4	45	22.1	80	39.2	62	30.4	3.89	.97
Hasta odalarının havalandırılması	6	2.9	16	7.8	67	32.8	73	35.8	42	20.6	3.63	.99
Hasta yataklarının rahatlığı	6	2.9	21	10.3	56	27.5	65	31.9	56	27.5	3.70	1.06
Uygulanan fiyatların bütçeye uygunluğu	10	4.9	24	11.8	86	42.2	63	30.9	21	10.3	3.29	.97
Hastane yemeklerinin dağıtılması	6	2.9	18	8.8	55	27.0	93	45.6	32	15.7	3.62	.95
Hastanenin kantin hizmetleri	10	4.9	13	6.4	71	34.8	84	41.2	26	12.7	3.50	.96
Hastanenin ulaşımı	4	2.0	24	11.8	65	31.9	77	37.7	34	16.7	3.55	.96
Muayene olabilmek için beklenen süre	6	2.9	27	13.2	53	26.0	80	39.2	38	18.6	3.57	1.03
Laboratuvar ve diğer tıbbi hizmetlerden kolayca yararlanma	7	3.4	27	13.2	55	27.0	78	38.2	37	18.1	3.54	1.04
Teçhizatın görünümü	9	4.4	26	12.7	54	26.5	66	32.4	49	24.0	3.58	1.11
Binaların/odaların görünümü	6	2.9	23	11.3	65	31.9	64	31.4	46	22.5	3.59	1.04

3.7.5. Kosova Devlet Hastaneleri ile Özel Türk Hastaneleri Arasında Kıyaslama

Analizine İlişkin Bulgular

Bu hipotez bağımsız örneklem t-testi ile test edilmiştir. “T-testi iki örnek ortalaması arasındaki farklılığın istatistiksel önemini test eder” (Gegez, 2015). “T-testi, bir gruptaki ortalamanın diğer gruptaki ortalamadan önemli derecede farklı olup olmadığını belirler. T-testinde kritik nokta’’iki’’dir. T-testi her zaman iki farklı ortalamayı ya da değeri karşılaştırır (Kalaycı, 2014).

Tablo 10. Hastane Türüne Göre Hizmet Kalitesi Boyutlarının Farklılıklarının İncelenmesine İlişkin T-testinin Sonuçları

	Devlet Hastaneleri	Özel Türk hastaneleri	F	p
n	108	96		
Faktörler	Ort±SS	Ort±SS		
Hastane ortamı ve tetkik hiz.	3.03±.76	4.25±.59	5.80	.00
Hemşirelik hizmetleri	3.25±.72	4.09±.54	7.63	.00
Fiziksel özellikler	3.50±.88	4.20±.60	18.74	.00
Uygunluk	3.19±.80	3.83±.65	.91	.00
Hekimlik hizmetleri	3.12±.62	4.15±.47	6.06	.00
Genel hizmet kalitesi	3.18±.64	4.13±.48	5.48	.00

Tablo 10’da hastane türüne göre hizmet kalitesi faktörlerinin farklılıkları verilmiştir. Analiz sonucunda, özel Türk hastanelerinin hastane ortamı ve tetkik hizmetlerine yönelik ortalaması ($\bar{x}=4.25\pm.59$), devlet hastanelerinin hastane ortamına yönelik ortalamasından ($\bar{x}=3.03\pm.76$) yüksek bulunmuştur ($F=5.80$, $p<.00$). Özel Türk hastanelerinin hemşirelik hizmetlerine yönelik ortalaması ($\bar{x}=4.09\pm.54$), devlet hastanelerinin hemşirelik hizmetlerine yönelik ortalamasından ($\bar{x}=3.25\pm.72$) yüksek bulunmuştur ($F=7.63$, $p<.00$). Özel Türk hastanelerinin fiziksel özelliklerine yönelik ortalaması ($\bar{x}=4.20\pm.60$), devlet hastanelerinin fiziksel özelliklerine yönelik ortalamasından ($\bar{x}=3.50\pm.88$) yüksek bulunmuştur ($F=18.74$, $p<.00$). Özel Türk hastanelerinin uygunluk faktörüne yönelik ortalaması ($\bar{x}=3.83\pm.65$), devlet hastanelerinin uygunluk faktörüne yönelik ortalamasından ($\bar{x}=3.19\pm.80$) yüksek bulunmuştur ($F=.91$, $p<.00$). Özel Türk hastanelerinin hekimlik hizmetlerine yönelik ortalaması ($\bar{x}=4.15\pm.47$), devlet hastanelerinin hekimlik hizmetlerine yönelik ortalamasından ($\bar{x}=3.12\pm.62$) yüksek bulunmuştur ($F=6.06$, $p<.00$).

Bu verilerden hareketle özel Türk hastanelerinin değeri, devlet hastanelerinin değerinden her düzeyde daha yüksek olduğunu söyleyebiliriz. Özel Türk hastanelerinde sunulan hizmet kalitesi devlet hastanelerinde sunulan hizmet kalitesinden daha yüksektir. Ancak, farklılıkların anlamlı olmasına rağmen uygunluk faktörünün ortalamaları yakın görülmektedir. Bu faktörde en önemli alt değişken “uygulanen fiyatların bütçeye uygunluğu” olduğunu unutmamak gerekir ve buna göre hem devlet hastanelerinde tedavi

gören hastalar hem de özel Türk hastanelerinde tedavi gören hastalar fiyatların yüksek olduğunu değerlendirmektedir. Her ne kadar devlet hastanelerinde tedavi ücretleri daha düşük olsa bile araştırmamızın sonucunda ortaya çıkan durum bunu ortaya koymaktadır.

Bunun dışında, hastane türüne göre genel hizmet kalitesi de farklılık göstermektedir. Özel Türk hastanelerinin genel hizmet kalitesine yönelik ortalaması ($\bar{x}=4.13\pm.48$), devlet hastanelerinin genel hizmet kalitesine yönelik ortalamasından ($\bar{x}=3.18\pm.64$) yüksek bulunmuştur ($F=5.48$, $p<.00$). Sonuç itibarıyla, Kosova devlet hastaneleri ile özel Türk hastaneleri, sağlık hizmet kalitesine göre farklılık göstermekle birlikte, özel Türk hastanelerinde sunulan sağlık hizmet kalitesi daha yüksek (4=memnunum) ve Kosova devlet hastanelerinde sunulan sağlık hizmet kalitesi orta düzeyde (3=ne memnunum ne de memnum değilim) olduğu sonucuna varılabilmektedir.

Bu araştırmanın esas amacı Kosova devlet hastaneleri ile özel Türk hastaneleri arasında hizmet kalitesi konusunda kıyaslama yapmak olduğu için bu farklılıkları her hizmet kalitesi ifadeleri için teker teker görmekte fayda vardır. Tablo 11’de verilere göre her hizmet kalitesi değişkeni için Kosova devlet hastaneleri ile özel Türk hastaneleri arasında anlamlı farklılıklar mevcuttur. Farklılık ortalamalarından görülebileceği gibi hizmet kalitesi değişkenleri özel Türk hastaneleri için Kosova devlet hastaneleriyle kıyaslandığında daha yüksek bulunmuştur. Özel Türk hastaneleri her açıdan hastalara daha yüksek kaliteli hizmet sunmaktadır. Fakat, sektörler arasında anlamlı farklılıklar bulunursa bile bazı özellikleri açısından benzerlikleri de vardır.

Örneğin hem Kosova devlet hastanelerinde hem özel Türk hastanelerinde hastalar hemşirelerin el becerilerine gerektiği kadar güvenmemektedir. Her iki hastane türünde de ziyaret saatleri benzer memnuniyet düzeyini göstermektedir. Bununla birlikte uygulanan fiyatların bütçeye göre daha yüksek olduğu iddia edilmektedir. Kosova hastanelerinde hastalar, hastanelerin devlete ait olduğu için ücretli olan bazı tedaviler ile ilaçların fiyatlarının daha ucuz olması gerektiğini söylemektedir. Diğer yandan ise özel Türk hastanelerinde tedavi görmek bütçeyi zorlamaktadır. Görülebildiği gibi bu değişkene yönelik memnuniyet her iki hastane türünde benzerlik göstermektedir. Hastanelerin kantin hizmetleri ve hastanelerinin ulaşımı da benzerlik göstermektedir.

Tablo 11. Hastane Türüne Göre Hizmet Kalitesi Değişkenlerinin Farklılıklarının İncelenmesine İlişkin T-testin Sonuçları

	Devlet Hastaneleri	Özel Türk Hastaneleri	F	p
n	108 Ort±SS	96 Ort±SS		
Tedavinin zamanında ve doğru yapılması	3.01±.74	4.34±.70	2.67	.00
Doktorların hastaları dinlenmek için ayırdığı zaman	2.78±.90	3.79±.79	2.18	.00
Doktorların hastalara ilgi ve yakınlık göstermesi	3.15±.77	4.10±.64	2.60	.00
Hastanın doktora güven duyması	3.42±.85	4.30±.66	7.78	.00
Doktorların hastalara gösterdikleri nezaket düzeyi	3.22±.86	4.22±.67	3.36	.00
Tetkik ve tedavinin doğru yapıldığına güven duyulması	3.34±.91	4.22±.68	9.10	.00
Hemşirelerin hastalara ilgi ve yakınlık göstermesi	3.13±.96	4.15±.73	6.48	.00
Hemşirelerin hastalara gösterdikleri nezaket düzeyi	3.33±.89	4.15±.73	5.24	.00
Hemşirelerin hastaları dinlemeleri ve anlamaları	3.01±.91	3.86±.65	3.55	.00
Hastanın hemşireye güven duyması	3.23±.88	4.03±.68	7.41	.00
Hemşirelerin el becerileri	3.20±.89	3.91±.65	12.01	.00
Hasta ihtiyaçlarına gösterilen ilgi	3.27±.78	4.14±.83	.03	.00
Hasta mahremiyetine gösterilen hassasiyet	3.39±.91	4.29±.80	2.04	.00
Hastanedeki ortamın gürültüsüz olması	3.00±.96	4.32±.78	.04	.00
Hastanenin genel temizliği	3.02±1.01	4.32±.78	.76	.00
Hasta odalarının aydınlatılması	3.56±1.10	4.34±.76	18.51	.00
Hastanenin iletişim olanakları	3.36±.97	4.20±.78	7.71	.00
Hastanenin ziyaret saatleri	3.55±.94	3.95±.69	23.23	.00
Çarşafaların temizliği	2.96±.94	4.25±.71	.47	.00
Hasta odalarının temizliği	2.95±.98	4.37±.79	.39	.00
Hastanenin işaret levhaları	3.52±1.01	4.31±.73	11.99	.00
Hasta odalarının havalandırılması	3.15±.92	4.16±.76	1.24	.00
Hasta yataklarının rahatlığı	3.13±.97	4.34±.77	1.18	.00
Uygulanan fiyatların bütçeye uygunluğu	3.10±.92	3.52±.98	3.72	.00
Hastane yemeklerinin dağıtılması	3.27±1.01	4.01±.70	22.74	.00
Hastanenin kantin hizmetleri	3.14±.97	3.90±.78	4.10	.00

Tablo 11. (devam)

	Devlet Hastaneleri	Özel Türk Hastaneleri	F	p
	108	96		
	Ort±SS	Ort±SS		
Hastanenin ulaşımı	3.25±.96	3.89±.85	2.82	.00
Muayene olabilmek için beklenen süre	3.03±.96	4.17±.72	4.80	.00
Laboratuvar ve diğer tıbbi hizmetlerden kolayca yararlanma	3.00±.97	4.15±.73	3.66	.00
Teçhizatın görünümü	2.98±1.03	4.27±.76	2.55	.00
Binaların/odaların görünümü	3.06±.94	4.18±.82	.00	.00

Bunların dışında, Kosova devlet hastanelerinde hizmet kalitesi değişkenleri daha düşük değerlere ulaşmıştır. Doktorların hastaları dinlenmek için ayırdığı zamanın orta düzeyden daha aşağıda olduğu görülmektedir. Genel olarak hastalar doktorların tarafından çok fazla dinlenmediği ve hastalara çok az zaman ayrıldığı anlaşılmaktadır. Bu bulgu, Zerenler ve Ögüt'ün (2009) çalışmasıyla aynı sonuca işaret etmektedir. Bununla birlikte Kosova devlet hastanelerinde hastalar çarşafların temizliği ve hasta odalarının temizliği konusunda şikayet etmektedir.

Sonuç olarak özel Türk hastanelerinde sunulan sağlık hizmet kalitesi, Kosova devlet hastanelerinde sunulan sağlık hizmet kalitesinden daha yüksektir ve bulunan farklılıklar $p=.00<.05$ istatistiksel olarak anlamlıdır. Bu sonuçlara göre “Hizmet kalitesi hastane türüne göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.” şeklindeki **H₁ hipotezi kabul edilmektedir.**

3.7.6. Kosova Devlet Hastaneleri ile Özel Türk Hastanelerinde Sunulan Sağlık Hizmet Kalitesinin Hasta Memnuniyeti Üzerine Etkisinin İncelenmesi

Bu hipotez basit doğrusal regresyon analizi ile test edilmiştir. “Regresyon analizi, en az iki değişken arasındaki etki ilişkisinin incelendiği istatistiksel analiz yöntemidir. İki değişken arasındaki ilişkinin var olduğu, biri üzerinde yapılan değişikliklerin (bağımsız değişken), diğeri (bağımlı değişken) üzerinde değişmelere sebep olduğu durumlarda kullanılan ve bu etkinin tanımlanmasını amaçlayan analiz türüdür” (Kurtuluş, 2010).

Tablo 12. Kosova Devlet Hastaneleri ile Özel Türk Hastanelerinde Sunulan Sağlık Hizmet Kalitesinin Hasta Memnuniyet Üzerine Etkisine İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	B	t	p	F	Model (p)	R ²
Hasta memnuniyeti	Sabit	.10	.41	.68	73.71	.00	0.65
	Hastane ortamı ve tetkik hizmetleri	.63	5.89	.00			
	Hemşirelik hizmetleri	-.04	-.03	.68			
	Fiziksel özellikler	-.07	-.06	.38			
	Uygunluk	-.10	-.08	.22			
	Hekimlik hizmetleri	.54	.40	.00			

Tablo 12’de verilere göre hastane ortamı ve tetkik hizmetleri, hemşire hizmetleri, fiziksel özellikler, uygunluk ve hekim hizmetleri ile hasta memnuniyeti arasındaki neden sonuç ilişkisini belirlemek üzere yapılan regresyon modeli istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F=73.71$, $p<.00$). “ R^2 değeri bağımlı değişkenin yüzde kaçlık kısmının bağımsız değişkenler tarafından açıklandığını göstermektedir” (Kalaycı, 2014). Hasta memnuniyetinde değişimin %65 modele dahil edilen hastane ortamı ve tetkik hizmetleri, hemşirelik hizmetleri, fiziksel özellikler, uygunluk ve hekimlik hizmetleri değişkenleri tarafından açıklanmaktadır.

Bağımsız değişkenler olan hastane ortamı, tetkik hizmetleri ve hekimlik hizmetlerinin hasta memnuniyeti üzerindeki etkisi anlamlıdır. Hemşirelik hizmetleri, fiziksel özellikler ve uygunluğun hasta memnuniyeti üzerindeki etkisi ise anlamlı değildir. Sabit terim .10 olarak bulunmuştur.

Bağımsız değişkenlerin bağımlı değişkeni olan hasta memnuniyeti üzerine tek tek etkileri anlamlı olmasa bile, bağımsız değişkenlerin hasta memnuniyeti üzerine toplam etkisi anlamlı bulunmuştur. Tablo 13’te verilere göre toplam hizmet kalitesi ile hasta memnuniyet arasındaki neden sonuç ilişkisini belirlemek üzere yapılan regresyon analizi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F=274.88$, $p<.00$). Bu durumda R^2 değeri .57

Tablo 13. Toplam Hizmet Kalitesi Değişkenlerinin Hasta Memnuniyeti Üzerine Etkisine İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	B	t	p	F	Model (p)	R ²
Hasta memnuniyeti	Sabit	-.15	-.67	.50	274.88	.00	.57
	Toplam hizmet kalitesi	1.02	16.58	.00			

olarak bulunmuştur. Hasta memnuniyetinde değişimin %57 modele edilen toplam hizmet kalitesi değişkeni tarafından açıklanmaktadır.

Toplam hizmet kalitesinin hasta memnuniyeti üzerindeki etkisi anlamlıdır. Sabit terim $-.15$ olarak bulunmuştur. Bunun anlamı şudur: Toplam hizmet kalitesi dahil edilmediğinde, hasta memnuniyeti olumsuz yönde $-.15$ birimlik olacaktır. Toplam hizmet kalitesinde bir birim artış, hasta memnuniyetini 1.02 birim arttıracaktır ve bu değer anlamlı bulunmuştur ($p=.00<.05$). Bu sonuçlara göre “Sağlık hizmet kalitesi hasta hasta memnuniyetini olumlu yönde etkilemektedir.” şeklindeki **H₂ hipotezi kabul edilmektedir.**

3.7.7. Kosova Devlet Hastaneleri ile Özel Türk Hastanelerinde Sunulan Sağlık Hizmet Kalitesinin Hastaneyi Tercih Nedenlerine Göre Farklılıkların İncelenmesi

Tablo 14’te verilere göre hastaların hastane ortamı ve tetkik hizmetlerine yönelik hastaneyi tercih nedenleri değişkenine göre anlamlı farklılık göstermektedir ($F=9.19$, $p<.00$). Farkın nedeni daha temiz, bakımlı ve modern bir hastane olması nedeniyle hastaneyi seçenlerin ortalamasının, eski hastaların tavsiyesi, eski hastası olması, doktoru tanıma, hastanede bir yakının çalışması, rasgele kendi seçimi ve diğer nedeniyle hastaneyi seçenleri ortalamalarından daha yüksek bulunmasıdır ($p<.05$).

Hastaların hemşirelerin hizmetlerine yönelik hastaneyi değişkenine göre anlamlı farklılık göstermektedir ($F=8.21$, $p<.00$). Farkın nedeni daha temiz, bakımlı ve modern

Tablo 14. Toplam Hizmet Kalitesi Değişkenlerinin Hasta Memnuniyet Üzerine Etkisine İlişkin Anova Testi Sonuçları

	n	Hastane ortamı ve tetkik hiz.	Hemşirelik hizmetleri	Fiziksel özellikler	Uygunluk	Hekimlik hizmetleri	Genel hizmet kalitesi
Tercih		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
1	34	3.57±.95	3.51±.74	3.61±.90	3.42±.99	3.73±.73	3.57±.79
2	62	3.50±.79	3.64±.68	3.85±.76	3.46±.65	3.56±.69	3.58±.63
3	21	3.28±.76	3.53±.73	3.88±.77	3.52±.61	3.22±.61	3.44±.63
4	15	3.20±.92	3.12±.78	3.40±.87	3.48±.92	3.02±.63	3.20±.72
5	45	4.32±.39	4.17±.43	4.27±.44	3.85±.62	4.16±.50	4.19±.36
6	25	3.27±1.20	3.43±.91	3.66±1.06	3.07±.98	3.31±.87	3.34±.93
7	2	1.80±.56	2.07±.30	1.87±.17	2.62±.88	2.40±.56	2.08±.34
F =		9.19	8.21	5.86	3.26	10.10	9.31
p =		.00	.00	.00	.00	.00	.00
Post Hoc (Tukey)		1.2.3.4.6.7<5	1.2.3.4.6.7<5	1<5;1>7; 3>7. 4<5; 5>6.7	5>6	1>4; 2<5. 3<5	1.2.3.4.6.7<5; 1>7

1. Eski hastaların tavsiyesi; 2. Eski hastası olma; 3. Doktoru tanıma; 4. Hastanede bir yakının çalışması; 5. Daha temiz, bakımlı ve modern bir hastane olması; 6. Rast gele kendi seçimi; 7. Diğer

bir hastane olması nedeniyle hastaneyi seçenlerin ortalamasının, eski hastaların tavsiyesi, eski hastası olması, doktoru tanıma, hastanede bir yakınının çalışması, rasgele kendi seçimi ve diğer nedeniyle hastaneyi seçenlerin puanlarından daha yüksek bulunmasıdır ($p<.05$).

Hastaların fiziksel özelliklerine yönelik hastane değişkenine göre anlamlı farklılık göstermektedir ($F=5.86$, $p<.00$). Farkın nedeni daha temiz, bakımlı ve modern bir hastane olması nedeniyle hastaneyi seçenlerin ortalamasının, eski hastaların tavsiyesi nedeniyle hastaneyi seçenlerin ortalamasından yüksek olmasıdır ($p<.05$). Farkın ikinci nedeni, eski hastaların tavsiyesi ile ve doktoru tanıma sebebiyle hastaneyi seçenlerin ortalaması diğer sebeple hastaneyi seçenlerin ortalamasından yüksek olmasıdır ($p<.05$). Farkın üçüncü nedeni ise daha temiz, bakımlı ve modern bir hastane olması nedeniyle hastaneyi seçenlerin ortalaması, hastanede bir yakının çalışması, rastgele kendi seçimi sebebiyle ve diğer sebeplerle hastaneyi seçenlerin ortalamalarından yüksek olmasıdır ($p<.05$).

Hastaların uygunluk faktörüne yönelik hastaneyi rastgele kendi seçim değişkenine göre anlamlı farklılık göstermektedir ($F=3.26$, $p<.00$). Farkın nedeni daha temiz, bakımlı

ve modern bir hastane olması nedeniyle hastaneyi seçenlerin ortalamasının, rastgele kendi seçimi sebebiyle hastaneyi seçenlerin ortalamalarından daha yüksek olmasıdır ($p<.05$).

Hastaların hekimlik hizmetlerine yönelik hastaneyi tercih nedenleri değişkenine göre anlamlı farklılıklar göstermektedir ($F=10.10$, $p<.00$). Farkın nedeni eski hastaların tavsiyesi nedeniyle hastaneyi seçenlerin ortalamasının, hastanede bir yakının çalışması nedeniyle hastaneyi seçenlerin ortalamasından yüksek olmasıdır. Daha temiz, bakımlı ve modern bir hastane olması nedeniyle hastaneyi seçenlerin ortalamasının, eski hastası olma ve doktoru tanıma sebebiyle hastaneyi seçenlerin ortalamasından yüksek olmasıdır ($p<.05$).

Hastaların genel hizmet kalitesine yönelik hastaneyi tercih nedenleri değişkenine göre anlamlı farklılıklar göstermektedir ($F=9.31$, $p<.00$). Farkın nedeni daha temiz, bakımlı ve modern bir hastane olması nedeniyle hastaneyi seçenlerin ortalamasının, eski hastaların tavsiyesi, eski hastası olması, doktoru tanıma, hastanede bir yakının çalışması, rasgele kendi seçimi ve diğer nedeniyle hastaneyi seçenleri ortalamalarından daha yüksek bulunmasıdır ($p<.05$). Bu sonuçlara göre “Sağlık hizmet kalitesi hastaneyi tercih nedenlerine göre anlamlı farklılık göstermektedir.” şeklindeki **H₃ hipotezi kabul edilmektedir.**

3.7.8. Kosova Devlet Hastaneleri ile Özel Türk Hastanelerinde Sunulan Hizmet Kalitesinin, Hastaların Demografik Özelliklerine Göre Farklılıklarının İncelenmesi

Çalışmanın bu bölümünde Kosova devlet hastaneleri ile özel Türk hastanelerinde sunulan hizmetin kalitesinin araştırmaya katılanların demografik özelliklerine göre farklılıkları t-test ile incelenmiştir.

Tablo 15’te verilere göre, kadınların hastane ortamı ve tetkik hizmetlerine yönelik ortalaması ($\bar{x}=3.82\pm.87$), erkeklerin hastane ortamına yönelik ortalamasından ($\bar{x}=3.38\pm.91$) yüksek bulunmuştur ($F=.30$, $p<.00$). Kadınların hemşire hizmetlerine yönelik ortalaması ($\bar{x}=3.81\pm.71$), erkeklerin hemşirelerin sorumluluğuna yönelik

Tablo 15. Kosova Devlet Hastaneleri ile Özel Türk Hastanelerinde Sunulan Hizmet Kalitesinin Hastaların Cinsiyetlerine Göre Farklılıklarının İncelenmesine İlişkin T-Testi Sonuçları

Cinsiyet	Erkek	Kadın	F	p
n	99	105		
Faktörler	Ort±SS	Ort±SS		
Hastane ortamı ve tetkik hiz.	3.38±.91	3.82±.87	.30	.00
Hemşirelik hizmetleri	3.47±.78	3.81±.71	1.42	.00
Fiziksel özellikler	3.72±.83	3.93±.83	.10	.08
Uygunluk	3.35±.76	3.62±.82	1.28	.01
Hekimlik hizmetleri	3.38±.67	3.81±.77	1.31	.00
Genel hizmet kalitesi	3.44±.70	3.80±.73	.14	.00

ortalamasından ($\bar{x}=3.47\pm.78$) yüksek bulunmuştur ($F=1.42$, $p<.00$). Hastane fiziksel özellikleri hastaların cinsiyetlerine göre anlamlı farklılıklar göstermemektedir ($F=.10$, $p<.08$). Kadınların uygunluk faktörüne yönelik ortalaması ($\bar{x}=3.62\pm.82$), erkeklerin uygunluk faktörüne yönelik ortalamasından ($\bar{x}=3.35\pm.76$) yüksek bulunmuştur ($F=1.28$, $p<.01$). Kadınların hekimlik hizmetlerine yönelik ortalaması ($\bar{x}=3.81\pm.77$), erkeklerin hekimlik hizmetlerine yönelik ortalamasından ($\bar{x}=3.38\pm.67$) yüksek bulunmuştur ($F=1.31$, $p<.00$). Kadınların söz konusu genel hizmet kalitesine yönelik ortalaması ($\bar{x}=3.80\pm.73$), erkeklerin söz konusu genel hizmet kalitesine yönelik ortalamasından ($\bar{x}=3.44\pm.70$) yüksek bulunmuştur ($F=.14$, $p<.00$).

Tablodan anlaşıldığı gibi, kadınlar erkeklere göre sağlık hizmet kalitesi konusunda daha memnun görünmektedir. Aralarındaki farklılıklar sadece fiziksel özellikler değişkeni için anlamlı değildir. Bu sonuçlara göre “Sağlık hizmet kalitesi hastaların cinsiyetlerine göre anlamlı farklılık göstermektedir.” şeklindeki **H_{4A} hipotezi kabul edilmektedir.**

Tablo 16’ya bakıldığında hastaların hastane ortamına ve tetkik hizmetlerine yönelik yaş değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($F=1.04$, $p<.37$). Hastaların hemşirelik hizmetlerine yönelik tercih nedenleri yaş değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($F=1.30$, $p<.27$).

Tablo 16. Kosova Devlet Hastaneleri ile Özel Türk Hastanelerinde Sunulan Hizmet Kalitesinin Hastaların Yaş Gruplarına Göre Farklılıkların İncelenmesine İlişkin Anova Testi Sonuçları

	n	Hastane ortamı ve tetkik hiz.	Hemşirelik hizmetleri	Fiziksel özellikler	Uygunluk	Hekimlik hizmetleri	Genel hizmet kalitesi
Yaş		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
25'ten az	43	3.44±.88	3.50±.92	3.50±.84	3.40±.77	3.50±.85	3.46±.77
25-39	58	3.70±.99	3.74±.84	3.76±.94	3.60±.88	3.60±.79	3.69±.83
40-54	64	3.54±.93	3.58±.74	3.89±.75	3.28±.80	3.63±.74	3.58±.70
55 ve üzeri	39	3.74±.79	3.77±.65	4.19±.64	3.76±.61	3.69±.62	3.80±.60
F =		1.04	1.30	5.30	3.60	0.43	1.68
p =		.37	.27	.00	.01	.73	.17
PostHoc=				1<4 (p<.05)	3<4 (p<.05)		

Hastaların hastanelerinin fiziksel özelliklerine yönelik yaş değişkenine göre anlamlı farklılık göstermektedir (F=5.30, p<.00). Farkın nedeni 55 ve üzeri yaşında olan hastaların hastanelerinin fiziksel özelliklerine yönelik ortalamasının, 25'ten az yaşında olan hastaların fiziksel özelliklerine yönelik ortalamasından yüksek olmasıdır (p=.00<.05).

Hastaların uygunluk faktörüne yönelik tercih nedenleri yaş değişkenine göre anlamlı farklılık göstermektedir (F=3.60, p<.014). Farkın nedeni 55 ve üzeri yaşında olanların uygunluk faktörüne yönelik ortalamasının, 40-54 yaş aralığında olanların uygunluk faktörüne yönelik ortalamasından yüksek olmasıdır (p=.01<.05).

Hastaların hekimlik hizmetlerine yönelik yaş değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir (F=.43, p<.73). Hastaların genel hizmet kalitesine yönelik yaş değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir (F=1.68, p<.17). Bulunan farklılıklara dayanarak "Sağlık hizmet kalitesi hastaların yaş gruplarına göre anlamlı farklılık göstermektedir." şeklindeki **H_{4B} hipotezi kabul edilmektedir.**

Tablo 17'yi incelendiğinde, hastaların hastane ortamı ve tetkik hizmetlerine yönelik eğitim durumu değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir (F=1.09, p<.35).

Tablo 17. Kosova Devlet Hastaneleri ile Özel Türk Hastanelerinde Sunulan Hizmet Kalitesinin Hastaların Eğitim Durumuna Göre Farklılıkların İncelenmesi İlişkin Anova Testi Sonuçları

	n	Hastane ortamı ve tetkik hiz.	Hemşirelik hizmetleri	Fiziksel özellikler	Uygunluk	Hekimlik hizmetleri	Genel hizmet kalitesi
Eğitim durumu		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
İlköğretim	52	3.68±.78	3.75±.63	4.11±.63	3.63±.61	3.57±.69	3.73±.62
Lise	54	3.69±.93	3.70±.76	3.82±.82	3.58±.80	3.64±.75	3.68±.71
Lisans	74	3.59±.93	3.68±.75	3.72±.84	3.40±.85	3.62±.81	3.61±.77
Y.Lisans/ Doktora	24	3.31±1.09	3.20±.93	3.42±1.00	3.26±.95	3.54±.79	3.32±.88
F =		1.09	3.29	5.54	1.77	0.13	1.82
p =		.35	.02	.00	.15	.93	.14
PostHoc=			1>4 (p<.05) 2>4 (p<.05) 3>4 (p<.05)	1>3(p<.05) 1>4(p<.05)			

Hastaların hemşirelik hizmetlerine yönelik eğitim durumu değişkenine göre anlamlı farklılık göstermektedir ($F=3.29$, $p<.02$). Farkın ilk nedeni, ilk öğretim düzeyinde olan hastaların hemşire hizmetlerine yönelik ortalamasının, yüksek lisans ve doktora eğitim düzeyinde olan hastaların hemşirelik hizmetlerine yönelik ortalamasından yüksek olmasıdır ($p=.01<.05$). İkinci neden, lise eğitim düzeyinde olanların hemşirelik hizmetlerine yönelik ortalamasının, yüksek lisans ve doktora eğitim düzeyinde olanların ortalamasından ($p=.03<.05$) yüksek olmasıdır. Üçüncü neden, lisans eğitim düzeyinde olanların hemşirelik hizmetlerine yönelik tercihlerinin ortalamasının, yüksek lisans ve doktora eğitim düzeyinde olanların ortalamasından ($p=.03<.05$) yüksek olmasıdır. Farklılık ortalamasından görüldüğü gibi, hastaların eğitim düzeyi yükseldikçe, hastane hizmet kalitesinden memnuniyeti düşmektedir.

Hastaların hastanelerinin fiziksel özelliklerine yönelik eğitim durumu değişkenine göre anlamlı farklılık göstermektedir ($F=5.54$, $p<.00$). Farkın nedeni ilk öğretim düzeyinde olan hastaların fiziksel özelliklerine yönelik tercihlerinin ortalamasının, lisans ile yüksek lisans ve doktora düzeyinde olan hastaların ortalamalarından yüksek olmasıdır ($p=.01$ ile $.00<.05$).

Hastaların uygunluk faktörüne yönelik eğitim durumu değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($F=1.77$, $p<.15$). Hastaların hekimlik hizmetlerine yönelik eğitim durumu değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($F=.13$, $p<.93$). Hastaların genel hizmet kalitesine yönelik eğitim durumu değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($F=1.82$, $p<.14$). Bulunan farklılıklara dayanarak “Sağlık hizmet kalitesi hastaların eğitim durumlarına göre anlamlı farklılık göstermektedir.” şeklindeki **H_{4C} hipotezi kabul edilmektedir.**

Tablo 18. Kosova Devlet Hastaneleri ile Özel Türk Hastanelerinde Sunulan Hizmet Kalitesinin Hastaların Mesleğe Göre Farklılıkların İncelenmesine İlişkin Anova Testi Sonuçları

	n	Hastane ortamı ve tetkik hiz.	Hemşirelik hizmetleri	Fiziksel özellikler	Uygunluk	Hekimlik hizmetleri	Genel hizmet kalitesi
Meslek grupları		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Çiftçi	3	3.46±.11	3.23±.16	3.33±.14	3.25±.50	3.26±.11	3.32±.32
Memur	54	3.66±.84	3.56±.84	3.85±.81	3.44±.75	3.60±.66	3.62±.69
Serbest Meslek	37	3.65±1.11	3.74±.84	3.79±.93	3.50±.99	3.83±.70	3.70±.83
Ev Hanımı	19	3.96±.84	4.17±.40	4.42±.44	3.75±.61	3.82±.56	4.02±.50
İşçi	45	3.59±.83	3.63±.79	3.90±.70	3.62±.66	3.56±.79	3.64±.70
Öğrenci	13	3.36±1.10	3.39±.93	3.42±.98	3.28±.85	3.30±1.08	3.42±.92
Emekli	13	3.67±.84	3.59±.64	3.75±.84	3.92±.85	3.70±.83	3.70±.75
İşsiz	20	3.21±.90	3.48±.75	3.53±.99	2.98±.78	3.30±.83	3.31±.75
F =		1.14	1.97	2.48	2.39	1.61	1.75
p =		.33	.06	.01	.02	.13	.09
PostHoc=				4>6(p<.05) 4>8(p<.05)	7>8(p<.05)		

Tablo 18’e bakıldığında, hastaların hastane ortamına ve tetkikler hizmetlerine yönelik tercih nedenleri meslek değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($F=1.14$, $p<.33$). Hastaların hemşirelik hizmetlerine yönelik meslek değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($F=1.97$, $p<.06$).

Hastaların hastanelerin fiziksel özelliklerine yönelik meslek değişkenine göre anlamlı farklılık göstermektedir ($F=2.48$, $p<.01$). Farkın nedeni, ev hanımı hastaların hastanelerinin fiziksel özelliklerine yönelik tercihlerinin ortalamasının, öğrenci ve işsiz

olan hastaların, hastanelerin fiziksel özelliklerine yönelik ortalamalarından yüksek olmasıdır ($p=.01$ ile $.02<.05$).

Hastaların uygunluk faktörüne yönelik meslek değişkenine göre anlamlı farklılık göstermektedir ($F=2.39$, $p<.02$). Farkın nedeni, emekli hastaların, uygunluk faktörüne yönelik ortalamasının işsiz hastaların uygunluk faktörüne yönelik ortalamasından yüksek olmasıdır ($p=.02<.05$).

Hastaların hekimlik hizmetlerine yönelik meslek değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($F=1.61$, $p<.13$). Hastaların genel hizmet kalitesine yönelik meslek değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($F=1.75$, $p<.09$). Bulunan farklılıklara göre “Sağlık hizmet kalitesi hastaların mesleklerine göre anlamlı farklılık göstermektedir.” şeklindeki **H_{4C} hipotezi kabul edilmektedir.**

Tablo 19. Kosova Devlet Hastaneleri ile Özel Türk Hastanelerinde Sunulan Hizmet Kalitesinin Hastaların Medeni Durumuna Göre Farklılıklarının İncelenmesine İlişkin T-Testi Sonuçları

Medeni durum	Bekar	Evli	F	p
N	63	141		
Faktörler	Ort±SS	Ort±SS		
Hastane ortamı ve tetkik hiz.	3.47±.94	3.66±.90	.07	.16
Hemşirelik hizmetleri	3.49±.78	3.71±.74	.54	.05
Fiziksel özellikler	3.56±.89	3.95±.78	1.29	.00
Uygunluk	3.36±.83	3.55±.78	.55	.13
Hekimlik hizmetleri	3.47±.82	3.66±.72	1.19	.10
Genel hizmet kalitesi	3.47±.80	3.70±.70	.07	.04

Tablo 19’da verilere göre hastaların hastane ortamı ve tetkikler hizmetleri, hemşirelik hizmetleri, uygunluk ve hekimlik hizmetlerine yönelik medeni durumlarına göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($F=.07$, $p<.16$; $F=.54$, $p<.05$; $F=.55$, $p<.13$ ve $F=1.19$, $p<.10$).

Hastaların hastanelerinin fiziksel özelliklerine yönelik medeni durumları değişkenine göre anlamlı farklılık göstermektedir ($F=1.29$, $p<.00$). Farkın nedeni, evli hastaların hastanelerinin fiziksel özelliklerine yönelik ortalamasının ($\bar{x}=3.95\pm.78$), bekar

hastaların hastanelerinin fiziksel özelliklerine yönelik ortalamasından ($\bar{x}=3.56\pm.89$) yüksek olmasıdır.

Hastaların genel hizmet kalitesine yönelik medeni durumları değişkenine göre anlamlı farklılık göstermektedir ($F=.07$, $p<.04$). Farkın nedeni evli hastaların genel hizmet kalitesine yönelik ortalamasının ($\bar{x}=3.70\pm.70$) bekar hastaların genel hizmet kalitesine yönelik ortalamasından ($\bar{x}=3.47\pm.80$) yüksek olmasıdır. Bu sonuçlara göre “Sağlık hizmet kalitesi hastaların medeni durumlarına göre anlamlı farklılık göstermektedir.” şeklindeki **H_{4D} hipotezi kabul edilmektedir.**

Tablo 20. Kosova Devlet Hastaneleri ile Özel Türk Hastanelerinde Sunulan Hizmet Kalitesinin Hastaların Aylık Gelirlerine Göre Farklılıklarının İncelenmesine İlişkin Anova Testi Sonuçları

	n	Hastane ortamı ve tetkik hiz.	Hemşirelik hizmetleri	Fiziksel özellikler	Uygunluk	Hekimlik hizmetleri	Genel hizmet kalitesi
Aylık gelirleri		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
0-300 avro	55	3.34±.75	3.45±.73	3.55±.80	3.42±.84	3.38±.76	3.41±.68
301-600 avro	45	3.22±.92	3.41±.79	3.69±.96	3.25±.91	3.28±.72	3.34±.75
601-900 avro	47	3.84±.85	3.87±.65	4.02±.68	3.68±.62	3.81±.66	3.84±.64
901-1200 avro	37	4.08±.81	3.95±.66	3.85±.98	3.70±.75	4.03±.61	4.01±.62
1201 avro+	20	3.77±1.12	3.60±.90	3.83±.83	3.42±.76	3.67±.79	3.67±.86
F =		7.51	4.73	4.10	2.49	7.90	7.00
p =		.00	.00	.00	.04	.00	.00
PostHoc=		1<3.4	1<3.4	1<3.4		1<3.4	1<3.4
		2<3.4	2<3.4	p<.05		2<3.4	2<3.4
		p<.05	p<.05			p<.05	p<.05

Tablo 20’yi incelendiğinde, hastaların hastane ortamına ve tetkik hizmetlerine yönelik aylık gelirleri değişkenine göre anlamlı farklılık göstermektedir ($F=7.51$, $p<.00$). Farkın nedeni, 601-900 avro aylık gelir düzeyinde ile 901-1200 aylık gelir düzeyinde olan hastaların hastane ortamına ve tetkik hizmetlerine yönelik ortalamalarının, 0-300 avro aylık gelir düzeyinde ile 301-600 avro aylık gelir düzeyinde olan hastaların hastane

ortamına ve tetkik hizmetlerine yönelik ortalamalarından yüksek olmasıdır ($p=.02$ ile $.00<.05$ ve $p=.00$ ile $.00<.05$).

Hastaların hemşirelik hizmetlerine yönelik aylık gelirleri değişkenine göre anlamlı farklılık göstermektedir ($F=4.73$, $p<.00$). Farkın nedeni 601-900 avro aylık gelir düzeyi ile 901-1200 aylık gelir düzeyinde olan hastaların hemşirelik hizmetlerine yönelik ortalamalarının, 0-300 avro aylık gelir düzeyi ile 301-600 avro aylık gelir düzeyinde olan hastaların hemşirelik hizmetlerine yönelik ortalamalarından yüksek olmasıdır ($p=.04$ ile $.01<.05$ ve $p=.02$ ile $.01<.05$).

Hastaların hastanelerinin fiziksel özelliklerine yönelik aylık gelirleri değişkenine göre anlamlı farklılık göstermektedir ($F=4.10$; $p<.00$). Farkın nedeni 601-900 avro aylık gelir düzeyi ile 901-1200 aylık gelir düzeyinde olan hastaların fiziksel özelliklerine yönelik ortalamalarının, 0-300 avro aylık gelir düzeyinde olan hastaların fiziksel özelliklerine yönelik ortalamasından yüksek olmasıdır ($p=.03$ ile $.00<.05$).

Hastaların uygunluk faktörüne yönelik aylık gelirleri değişkenine göre anlamlı farklılık göstermektedir ($F=2.49$, $p<.04$). Ne kadar bu farklılıklar Post Hoc testlerinden seçilen Tukey testi sonuçlarına göre gruplar arasında anlamlı farklılıklar bulunmamışsa bile, tablodaki ortalamalardan görülebileceği gibi 601-900 aylık gelir düzeyinde ve 901-1200 aylık gelir düzeyinde olan hastaların ortalamaları diğer grupların ortalamalarından daha yüksektir.

Hastaların hekimlik hizmetlerine yönelik aylık gelirleri değişkenine göre anlamlı farklılık göstermektedir ($F=7.90$, $p<.00$). Farkın nedeni 601-900 avro aylık gelir düzeyi ile 901-1200 aylık gelir düzeyinde olan hastaların hekimlik hizmetlerine yönelik ortalamalarının, 0-300 avro aylık gelir düzeyi ile 301-600 avro aylık gelir düzeyinde olan hastaların hekimlik hizmetlerine yönelik ortalamalarından yüksek olmasıdır ($p=.02$ ile $.00<.05$ ve $p=.00$ ile $.00<.05$).

Hastaların genel hizmet kalitesine yönelik aylık gelirleri değişkenine göre anlamlı farklılık göstermektedir ($F=7.00$, $p<.00$). Farkın nedeni 601-900 avro aylık gelir düzeyi ile 901-1200 aylık gelir düzeyinde olan hastaların genel hizmet kalitesine yönelik

ortalamlarının, 0-300 avro aylık gelir düzeyi ile 301-600 avro aylık gelir düzeyinde olan hastaların genel hizmet kalitesine yönelik ortalamlarından yüksek olmasıdır ($p=.01$ ile $.00<.05$ ve $p=.00$ ile $.00<.05$).

Bu analizden görülebildiği gibi aylık gelirleri yükseldikçe hastaların sağlık hizmet kalitesine ilişkin algılamaları yükselmektedir. Bunun nedeni doktorların ve diğer sağlık personelinin daha yüksek gelir düzeyinde olan hastalara daha özenli davranma ve daha iyi hizmet sunma olasılığıdır. Ancak en üst gelir düzeyinde olan hastaların ortalamları düşmeye başlamıştır. Yine, bu grubun aldıkları hizmetin beklentileriyle karşılanmadığı düşünülmelidir. Bu sonuçlara göre “Sağlık hizmet kalitesi hastaların aylık gelirlerine göre anlamlı farklılık göstermektedir.” şeklindeki **H_{4E} hipotezi kabul edilmektedir.**

3.7.9. Kosova Devlet Hastaneleri ile Özel Türk Hastanelerinde Hasta Memnuniyetinin İncelenmesi

Bu bölümde Kosova devlet hastaneleri ile özel Türk hastanelerinin hasta memnuniyet düzeyinin sonuçlarına yer verilmiştir.

Tablo 21. Hasta Memnuniyeti Sorusuna Verilen Yanıtların Dağılımları

	Hiç memnun değilim		Memnun değilim		Orta		Memnunun		Çok memnunun		Ort.	Ss.
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%		
Hasta memnuniyeti	4	2.0	22	10.8	76	37.3	59	28.9	43	21.1	3.56	1.00

“Hasta memnuniyeti” sorusuna hastaların, %2’si ($n=4$) hiç memnun değilim, %10.8’i ($n=22$) memnun değilim, %37.3’ü ($n=76$) ne memnunun ne de memnun değilim, %28.9’u ($n=59$) memnunun ve 21.1’i ($n=43$) çok memnunun yanıtını vermişlerdir. Bu sorunun ortalama değeri 3.56 ve standart sapma değeri 1,00’dır.

Görülebildiği gibi hastalarının çoğu Kosova devlet ve Türk hastanelerinde sunulan hizmet kalitesinden orta düzeyde memnundur. Ancak, memnuniyet düzeyinin hastane türüne göre nasıl değiştiğini görmek için iki örnek bağımsız t-testi uygulanmıştır.

Tablo 22. Hastane Türüne Göre Hasta Memnuniyet Farklılıklarının İncelenmesine İlişkin T-testi Sonuçları

	Devlet Hastaneleri	Özel Türk Hastaneleri	F	p
n	108	96		
	Ort±SS	Ort±SS		
Hasta memnuniyeti	2.96±.74	4.23±.80	5.08	.00

Tablo 22’de verilere göre Kosova’da özel Türk hastanelerinde tedavi gören hastaların hizmet kalitesi ile ilgili memnuniyet ortalaması ($\bar{x}$ =4.23±.80), Kosova devlet hastanelerinde tedavi gören hastaların hizmet kalitesi ile ilgili ortalamasından ($\bar{x}$ =2.96±.74) yüksek bulunmuştur (F=5.08, p<.00). Kosova devlet hastanelerinde sağlık hizmetleri ile ilgili memnuniyet düzeyi daha düşük çıkmıştır. Bu sonuçlara göre “Hasta memnuniyeti hastane türüne göre anlamlı farklılık göstermektedir.” şeklindeki **H₅ hipotezi kabul edilmektedir.**

3.7.10. Hasta Memnuniyetinin Hastaların Demografik Özelliklerine Göre Farklılıklarının İncelenmesi

Bu bölümde hasta memnuniyetinin hastaların demografik özelliklerine göre farklılıklarının incelenmesi yapılmıştır.

Tablo 23. Hasta Memnuniyetinin Hastaların Cinsiyetlerine Göre Farklılıklarının İncelenmesine İlişkin T-Testi Sonuçları

	n	Hasta memnuniyeti	F	p
		Ort±SS	.82	.00
Erkek	99	3.21±.89		
Kadın	105	3.89±.98		

Tablo 23’te verilere göre, kadınların hasta memnuniyetine yönelik ortalaması ($\bar{x}$ =3.89±.98), erkeklerin hastane ortamına yönelik ortalamasından ($\bar{x}$ =3.21±.89) yüksek bulunmuştur (F=.82, p<.00). Buna göre kadınların hasta memnuniyeti erkeklere kıyasla daha yüksektir. Bu sonuçlara göre “Hasta memnuniyeti hastaların cinsiyetlerine göre anlamlı farklılık göstermektedir.” şeklindeki **H_{6A} hipotezi kabul edilmektedir.**

Tablo 24. Hasta Memnuniyetinin Hastaların Yaş Gruplarına Göre Farklılıklarının İncelenmesine İlişkin Anova Testi Sonuçları

	n	Hasta memnuniyeti
Yaş		Ort±SS
25'ten az	43	3.37±1.04
25-39	58	3.60±1.07
40-54	64	3.56±.95
55 ve üzeri	39	3.71±.91
F =		.85
p =		.46
PostHoc=		

Tablo 24'e bakıldığında, hastaların hasta memnuniyetine yönelik yaş değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($F=.85$, $p<.46$). Bu sonuca göre “Hasta memnuniyeti hastaların yaş gruplarına göre anlamlı farklılık göstermektedir.” şeklindeki **H_{6B} hipotezi reddedilmektedir.**

Tablo 25. Hasta Memnuniyetinin Hastaların Eğitim Durumuna Göre Farklılıklarının İncelenmesine İlişkin Anova Testi Sonuçları

	n	Hasta memnuniyeti
Eğitim durumu		Ort±SS
İlköğretim	52	3.51±.95
Lise	54	3.55±1.04
Lisans	74	3.58±.99
Y.lisans/Doktora	24	3.62±1.09
F =		.07
p =		.97
PostHoc=		

Tablo 25'e bakıldığında, hastaların hasta memnuniyetine yönelik eğitim durumu değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($F=.07$, $p<.97$). Bu sonuca göre “Hasta memnuniyeti hastaların eğitim durumlarına göre anlamlı farklılık göstermektedir.” şeklindeki **H_{6C} hipotezi reddedilmektedir.**

Tablo 26. Hasta Memnuniyetinin Hastaların Meslek Gruplarına Göre Farklılıklarının İncelenmesine İlişkin Anova Testi Sonuçları

	n	Hasta memnuniyeti
Meslek		Ort±SS
Çiftçi	3	3.00±.00
Memur	54	3.55±.92
Serbest Meslek	37	4.02±1.01
Ev Hanımı	19	3.89±.87
İşçi	45	3.35±.90
Öğrenci	13	3.23±1.30
Emekli	13	3.84±.89
İşsiz	20	3.00±1.02
F =		3.34
p =		.00
PostHoc=		3>5.8 (p<.05)

Tablo 26’da verilere göre hastaların hasta memnuniyetine yönelik meslek değişkenine göre anlamlı farklılık göstermektedir (F=3.34; p<.00). Farkın nedeni, serbest mesleği olan hastaların, ortalaması işçi ve işsiz olan hastaların ortalamalarından yüksek olmasıdır (p=0.04 ile .00<.05). Bu sonuca göre “Hasta memnuniyeti hastaların meslek gruplarına göre anlamlı farklılık göstermektedir.” şeklindeki **H_{6c} hipotezi kabul edilmektedir.**

Tablo 27. Hasta Memnuniyetinin Hastaların Medeni Durumlarına Göre Farklılıklarının İncelenmesine İlişkin T-Testi Sonuçları

	n	Hasta memnuniyeti	F	p
		Ort±SS		
Bekar	63	3.33±1.04	.00	.02
Evli	141	3.66±.96		

Tablo 27’de verilere göre hastaların hasta memnuniyetine yönelik medeni durum değişkenine göre anlamlı farklılık göstermektedir (F=.00, p<.02). Farkın nedeni, evlilerin hasta memnuniyetine yönelik ortalamasının ($\bar{x}$ =3.66±.96), bekarların hasta memnuniyetine yönelik ortalamasından ($\bar{x}$ =3.33±.96) yüksek olmasıdır. Bu sonuca göre

“Hasta memnuniyeti hastaların medeni durumlarına göre anlamlı farklılık göstermektedir.” şeklindeki **H_{6D} hipotezi kabul edilmektedir.**

Tablo 28. Hasta Memnuniyetinin Hastaların Aylık Gelirlerine Göre Farklılıklarının İncelenmesine İlişkin Anova Testi Sonuçları

	n	Hasta memnuniyeti
Aylık gelirleri		Ort±SS
0-300 avro	55	3.25±.94
301-600 avro	45	3.17±.80
601-900 avro	47	3.76±.96
901-1200 avro	37	4.16±.92
1201 avro +	20	3.70±1.17
F =		7.74
p =		.00
PostHoc=		1<4
		2<3,4
		(p<.05)

Tablo 27’yi incelendiğinde, hastaların hasta memnuniyetine yönelik aylık gelirleri değişkenine göre anlamlı farklılık göstermektedir ($F=7.74$, $p<.00$). Farkın nedeni, 901-1200 avro aylık gelir düzeyinde olan hastaların ortalamasının, 0-300 avro aylık gelir düzeyi ve 301-600 avro aylık gelir düzeyinde olan hastalarının ortalamalarından yüksek olmasıdır ($p=.00$ ile $.00<.05$). 601-900 avro aylık gelir düzeyinde olan hastaların ortalamasının, 301-600 avro aylık gelir düzeyinde olan hastaların ortalamasından yüksek olmasıdır ($p=.02<.05$).

Bu sonuçlara göre “Hasta memnuniyeti hastaların aylık gelirlerine göre anlamlı farklılık göstermektedir.” şeklindeki **H_{6E} hipotezi kabul edilmektedir.**

3.7.11. Hasta Memnuniyetinin Hastaneyi Tercih Nedenlerine Göre Farklılıklarının İncelenmesi

Bu kısımda hasta memnuniyetinin hastaneyi tercih nedenlerine göre farklılıklarının incelenmesine yer verilmiştir.

Tablo 29. Hasta Memnuniyetinin Hastaneyi Tercih Nedenlerine Göre Farklılıklarının İncelenmesine İlişkin Anova Testi Sonuçları

	n	Hasta memnuniyeti
Faktörler		Ort±SS
Eski hastaların tavsiyesi	34	3.67±1.03
Eski hastası olma	62	3.45±.89
Doktoru tanıma	21	3.00±.77
Hastanede bir yakının çalışması	15	2.93±1.09
Daha temiz, bakımlı ve modern bir hastane olması	45	4.31±.73
Rastgele kendi seçimi	25	3.32±.94
Diğer	2	2.00±.00
F =		9.37
p =		.00
PostHoc=		1.2.3.4.6.7<5

Tablo 29’da verilere göre, hastaların hasta memnuniyetine yönelik hastaneyi tercih nedenleri değişkenine göre anlamlı farklılık göstermektedir ($F=9.37$, $p<.00$). Farkın nedeni, daha temiz, bakımlı ve modern bir hastane olması sebebiyle hastaneyi seçenlerin ortalamasının, eski hastaların tavsiyesi, eski hastası olma, doktoru tanıma, hastanede bir yakının çalışması, rasgele kendi seçimi ve diğer nedenleriyle hastaneyi seçenlerin ortalamalarından daha yüksek olmasıdır ($p<.05$).

Bu sonuçlara göre “Hasta memnuniyeti hastaneyi tercih nedenlerine göre anlamlı farklılık göstermektedir.” şeklindeki **H₇ hipotezi kabul edilmektedir.**

3.7.12. Hastane Türü ile Hastaların Demografik Özellikleri Arasında İlişisinin İncelenmesi

Çalışmanın bu bölümünde, hastane türü ile hastaların demografik özellikleri arasında ilişkisi Ki-kare bağımsızlık testi kullanılarak incelenmiştir. Ki-kare bağımsızlık testi iki veya daha fazla değişken grubu arasında ilişki bulunup bulunmadığını incelemek için kullanılır. Yani değişkenler arasında bağımsızlık olup olmadığı araştırılır (Kalaycı, 2014).

Tablo 30. Hastane Türü ile Hastaların Cinsiyetleri Arasındaki İlişkinin Ki-kare Testi Sonuçları

	Devlet hastaneleri		Özel Türk hastaneleri		Pearson Ki-kare	Serb. derecesi	p
	F	%	F	%			
Erkek	67	67.7	32	32.3	16.76	1	.00
Kadın	41	39.0	64	61.0			

Tablo 30’da verilere göre 1 serbestlik derecesinde, .00 anlamlılık düzeyinde elde edilen Pearson Ki-kare değeri 16.76’dır. Bu değer .05 anlamlılık düzeyinden küçük olduğu için hastane türü ile hastaların cinsiyetleri arasında bir ilişki olduğu söz konusudur. Erkeklerin %67.7’si (n=67) devlet hastanelerini, %32.3’ü (n=32) özel Türk hastanelerini seçmektedir. Kadınların %39’u (n=41) devlet hastanelerini, %61’i (n=64) özel Türk hastanelerini seçmektedir. Bu sonuçlara göre “Hastane türü seçimi ile hastaların cinsiyetleri arasında anlamlı ilişki vardır.” şeklindeki **H_{8A} hipotezi kabul edilmektedir.**

Tablo 31. Hastane Türü ile Hastaların Yaşları Arasındaki İlişkinin Ki-kare Testi Sonuçları

	Devlet hastaneleri		Özel Türk hastaneleri		Pearson Ki-kare	Serb. derecesi	p
	F	%	F	%			
25’ten az	23	53.5	20	46.5	.83	3	.84
25-39	30	51.7	28	48.3			
40-54	32	50.0	32	50.0			
55 ve üzeri	23	59	16	41			

Tablo 31’e bakıldığında, 3 serbestlik derecesinde, .84 anlamlılık düzeyinde elde edilen Ki-kare değeri .83’tür. Bu değer .05 anlamlılık düzeyinden büyük olduğu için hastane türü ile hastaların yaşları arasında bir ilişkinin olmadığı söz konusudur. Bu sonuçlara göre “Hastane türü seçimi ile hastaların yaş grupları arasında anlamlı ilişki vardır.” şeklindeki **H_{8B} hipotezi reddedilmektedir.**

Tablo 32. Hastane Türü ile Hastaların Eğitim Durumu Arasındaki İlişkinin Ki-kare Testi Sonuçları

	Devlet hastaneleri		Özel Türk hastaneleri		Pearson Ki-kare	Serb. derecesi	p
	F	%	F	%			
İlköğretim	34	65.4	18	34.6	4.75	3	.19
Lise	25	46.3	29	53.7			
Lisans	38	51.4	36	48.6			
Y.Lisans/Doktora	11	45.8	13	54.2			

Tablo 32’de verilere göre, 3 serbestlik derecesinde, .19 anlamlılık düzeyinde elde edilen Ki-kare değeri 4.75’tir. Bu değer .05 anlamlılık düzeyinden büyük olduğu için, hastane türü ile eğitim durumu arasındaki bir ilişki olmamaktadır. Bu sonuçlara göre “Hastane türü seçimi ile hastaların eğitim durumları arasında anlamlı ilişki vardır.” şeklindeki **H_{8C} hipotezi reddedilmektedir.**

Tablo 33. Hastane Türü ile Hastaların Meslek Grupları Arasındaki İlişkinin Ki-kare Testi Sonuçları

	Devlet hastaneleri		Özel Türk hastaneleri		Pearson Ki-kare	Serb. derecesi	p
	F	%	F	%			
Çiftçi	3	100	0	.0	14.03	7	.05
Memur	26	48.1	28	51.9			
Serbest Meslek	12	32.4	25	67.6			
Ev Hanımı	12	63.2	7	36.8			
İşçi	26	57.8	19	42.2			
Öğrenci	10	76.9	3	23.1			
Emekli	7	53.8	6	46.2			
İşsiz	12	60.0	8	40.0			

Tablo 33’te verilere göre, 7 serbestlik derecesinde, .05 anlamlılık düzeyinde elde edilen Ki-kare değeri 14.03’tür. Bu değer .05 anlamlılık düzeyinden büyük (veya eşit) olduğu için hastane türü ile meslek grupları arasında anlamlı bir ilişkinin söz konusu değildir. Bu sonuca göre “Hastane türü seçimi ile hastaların meslek grupları arasında anlamlı ilişki vardır.” şeklindeki **H_{8C} hipotezi reddedilmektedir.**

Tablo 34. Hastane Türü ile Hastaların Medeni Durum Arasındaki İlişkinine İlişkin Ki-kare Testi Sonuçları

	Devlet hastaneleri		Özel Türk hastaneleri		Pearson Ki-kare	Serb. derecesi	p
	F	%	F	%			
Bekar	35	55.6	28	44.4	.25	1	.61
Evli	73	51.8	68	48.2			

Tablo 34’te verilere göre 1 serbestlik derecesinde, .61 anlamlılık düzeyinde elde edilen Ki-kare değeri .25’tir. Bu değer .05 anlamlılık düzeyinden büyük olduğu için hastane türü ile medeni durum arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bu sonuca göre “Hastane türü seçimi ile hastaların medeni durumları arasında anlamlı ilişki vardır.” şeklindeki H_{8D} hipotezi reddedilmektedir.

Tablo 35. Hastane Türü ile Hastaların Aylık Gelirleri Arasındaki İlişkinine İlişkin Ki-kare Testi Sonuçları

	Devlet hastaneleri		Özel Türk hastaneleri		Pearson Ki-kare	Serb. derecesi	p
	F	%	F	%			
0-300 avro	40	72.7	15	27.3	37.83	4	.00
301-600 avro	34	75.6	11	24.4			
601-900 avro	18	38.3	29	61.7			
901-1200 avro	8	21.6	29	78.4			
1201 avro +	8	40.0	12	60			

Tablo 35’i incelendiğinde, 4 serbestlik derecesinde, .00 anlamlılık düzeyinde elde edilen Ki-kare değeri 27.83’tür. Bu değer .05 anlamlılık düzeyinden büyük olduğu için hastane türü ile aylık gelirleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. 0-300 avro aylık gelir düzeyinde olanların %72.7’si (n=40) devlet hastanelerini, %27.3’ü (n=15) özel Türk hastanelerini seçmektedir. 301-600 avro aylık gelir düzeyinde olanların %7.6’sı (n=34) devlet hastanelerini, %24.4’ü (n=11) özel Türk hastanelerini seçmektedir. 601-900 avro aylık gelir düzeyinde olanların %38.3’ü (n=18) devlet hastanelerini, %61.7’si (n=29) özel Türk hastanelerini seçmektedir. 901-1200 avro aylık gelir düzeyinde olanların %21.6’sı

(n=8), devlet hastanelerini, %78.4'ü (n=29) özel Türk hastanelerini seçmektedir. 1201 avro + aylık gelir düzeyinde olanların %8'i (n=8) devlet hastanelerini, 60'sı (n=12) özel Türk hastanelerini seçmektedir. Görüldüğü gibi, hastaların gelir düzeyleri yükseldikçe, özel Türk hastanelerinde hastaların sayısı yükselmektedir.

Bu sonuçlara göre “Hastane türü seçimi ile hastaların aylık gelirleri arasında anlamlı ilişki vardır.” şeklindeki H_{8E} hipotezi kabul edilmektedir.

3.7.13. Hastane Türü ile Hastaneyi Tercih Nedenleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Bu bölümde, hastane türü ile hastaların hastaneyi tercih nedenleri arasında ilişki Ki-kare testi kullanılarak incelenmiştir.

Tablo 36. Hastane Türü ile Hastaların Hastaneyi Tercih Nedenleri Arasında İlişkinin İncelenmesine İlişkin Ki-Kare Testi Sonuçları

	Devlet hastaneleri		Özel Türk hastaneleri		Pearson Ki-kare	Serb. derecesi	p
	F	%	F	%			
Eski hastaların tavsiyesi	14	41.2	20	58.8	55.91	6	.00
Eski hastası olma	39	62.9	23	37.1			
Doktoru tanıma	18	85.7	3	14.3			
Hastanede bir yakının çalışması	13	86.7	2	13.3			
Daha temiz, bakımlı ve modern bir hastane olması	5	11.1	40	88.9			
Rast gele kendi seçimi	17	68.0	8	32.0			
Diğer	2	100	0	.0			

Tablo 36’de verilere göre, 6 serbestlik derecesinde, .00 anlamlılık düzeyinde elde edilen Ki-kare değeri 55.91’dir. Bu değer, .05 anlamlılık düzeyinden küçük olduğu için hastane türü ile hastaların hastaneyi tercih nedenleri arasında anlamlı bir ilişki vardır demektir. Eski hastaların tavsiyesi nedenleriyle hastaların %41.2 (n=14) devlet hastanelerini, %58.8’i (n=20) özel Türk hastanelerini seçmiştir. Eski hastası olma nedeniyle hastaların %62.9’u (n=39) devlet hastanelerini, %37.1’i (n=23) özel Türk hastanelerini seçmiştir. Doktoru tanıma nedeniyle hastaların %85.7’si (n=18) devlet

hastanelerini, %14.3'ü (n=3) özel Türk hastanelerini seçmiştir. Hastanede bir yakının çalışması nedeniyle, hastaların %86.7'si (n=13) devlet hastanelerini, %13.3'ü (n=2) özel Türk hastanelerini seçmiştir. Daha temiz, bakımlı ve modern bir hastane olması nedeniyle hastaların %11.1'i (n=5) devlet hastanelerini, %88.9'u (n=40) özel Türk hastanelerini seçmiştir. Rastgele kendi seçimi nedeniyle hastaların 68'i (n=17) devlet hastanelerini, %32'si (n=8) özel Türk hastanelerini seçmiştir.

Diğer nedenleriyle hastaların %100'ü devlet hastaneleri seçmiştir. Analiz sonuçlarından anlaşılabildiği gibi, hastaların devlet hastanelerini daha fazla eski hastası olma ve doktoru tanıma sebebiyle seçmiştir. Hastaların özel Türk hastanelerini ise daha fazla daha temiz, bakımlı ve modern bir hastane olması ve eski hastaların tavsiyesi nedeniyle seçmiştir. Bu sonuçlara göre “Hastane türü seçimi ile hastaneyi tercih nedenleri arasında anlamlı bir ilişki vardır.” şeklindeki **H₉ hipotezi kabul edilmektedir.**

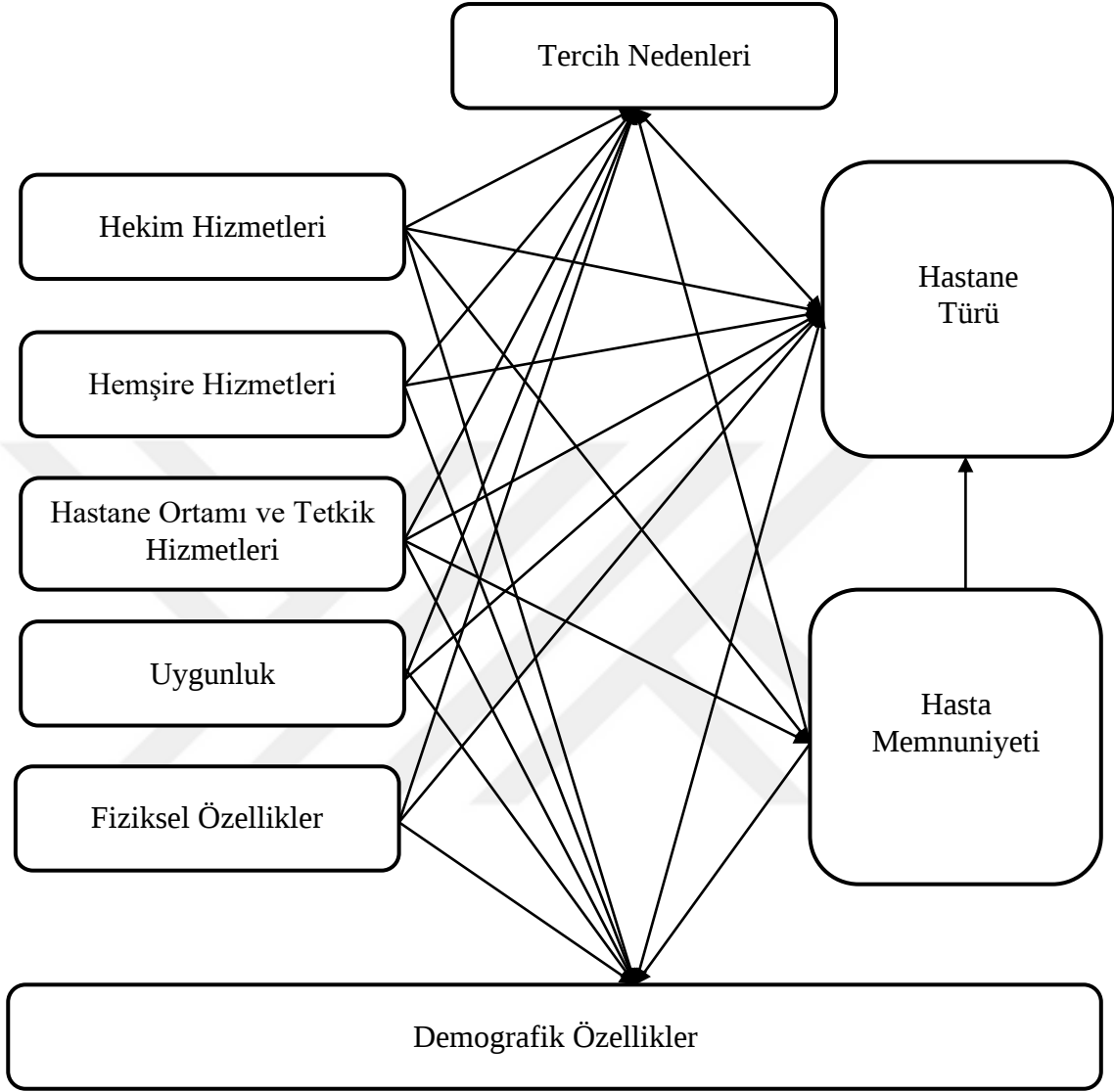
Sonuç olarak, elde edilen araştırma sonuçların doğrultusunda Tablo 37’de kabul veya reddedilmiş her hipotezin sonuç hali verilmiş ve Şekil 3’te araştırma modeli düzenlenmiştir.

Tablo 37. Hipotez Test Sonuçları

	Hipotezer	KABUL/RED
H ₁	Hizmet kalitesi hastane türüne göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.	KABUL
H ₂	Sağlık hizmet kalitesi hasta hasta memnuniyetini olumlu yönde etkilemektedir.	KABUL
H ₃	Sağlık hizmet kalitesi hastaneyi tercih nedenlerine göre anlamlı farklılık göstermektedir.	KABUL
H _{4A}	Sağlık hizmet kalitesi hastaların cinsiyetlerine göre anlamlı farklılık göstermektedir.	KABUL
H _{4B}	Sağlık hizmet kalitesi hastaların yaş gruplarına göre anlamlı farklılık göstermektedir.	KABUL
H _{4C}	Sağlık hizmet kalitesi hastaların eğitim durumlarına göre anlamlı farklılık göstermektedir.	KABUL
H _{4Ç}	Sağlık hizmet kalitesi hastaların mesleklerine göre anlamlı farklılık göstermektedir.	KABUL
H _{4D}	Sağlık hizmet kalitesi hastaların medeni durumlarına göre anlamlı farklılık göstermektedir.	KABUL

Tablo 37. (devam)

H _{4E}	Sağlık hizmet kalitesi hastaların aylık gelirlerine göre anlamlı farklılık göstermektedir.	KABUL
H ₅	Hasta memnuniyeti hastane türüne göre anlamlı farklılık göstermektedir.	KABUL
H _{6A}	Hasta memnuniyeti hastaların cinsiyetlerine göre anlamlı farklılık göstermektedir.	KABUL
H _{6B}	Hasta memnuniyeti hastaların yaş gruplarına göre anlamlı farklılık göstermektedir.	RED
H _{6C}	Hasta memnuniyeti hastaların eğitim durumlarına göre anlamlı farklılık göstermektedir.	RED
H _{6Ç}	Hasta memnuniyeti hastaların meslek gruplarına göre anlamlı farklılık göstermektedir.	KABUL
H _{6D}	Hasta memnuniyeti hastaların medeni durumlarına göre anlamlı farklılık göstermektedir.	KABUL
H _{6E}	Hasta memnuniyeti hastaların aylık gelirlerine göre anlamlı farklılık göstermektedir.	KABUL
H ₇	Hasta memnuniyeti hastaneyi tercih nedenlerine göre anlamlı farklılık göstermektedir.	KABUL
H _{8A}	Hastane türü seçimi ile hastaların cinsiyetleri arasında anlamlı ilişki vardır.	KABUL
H _{8B}	Hastane türü seçimi ile hastaların yaş grupları arasında anlamlı ilişki vardır.	RED
H _{8C}	Hastane türü seçimi ile hastaların eğitim durumları arasında anlamlı ilişki vardır.	RED
H _{8Ç}	Hastane türü seçimi ile hastaların meslek grupları arasında anlamlı ilişki vardır.	RED
H _{8D}	Hastane türü seçimi ile hastaların medeni durumları arasında anlamlı ilişki vardır.	RED
H _{8E}	Hastane türü seçimi ile hastaların aylık gelirleri arasında anlamlı ilişki vardır.	KABUL
H ₉	Hastane türü seçimi ile hastaneyi tercih nedenleri arasında anlamlı bir ilişki vardır.	KABUL



Şekil 3. Düzenlenmiş Araştırmanın Modeli

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmanın amacı Kosova sağlık sektöründe hizmet kalitesinin genel bir değerlendirmesini yapmaktır. Bu konuda Kosova’da daha önce böyle bir araştırma yapılmamıştır. Araştırmanın anakütlesi Kosova devlet hastanelerinde ve özel Türk hastanelerinde tedavi gören 18 yaş ve üzerinde hastalardan oluşmaktadır. Gerek zaman gerekse maliyet kısıtları göz önünde bulundurarak, anakütlenin tamamına ulaşmak mümkün olmadığı için araştırma belirlenen örnek büyüklüğüyle sınırlanmıştır. 108 kişi devlet hastanelerinden ve 96 kişi özel Türk hastanelerinden oluşan örneklem büyüklüğü toplam 204 kişiden oluşmaktadır.

Araştırmaya katılanların %48,5’i (n=99) erkek ve %51,5’i (n=105) kadın katılımcılardan oluşmaktadır. Katılımcıların çoğu %31,4’ü (n=64) ile %28,4’ü (n=58) 25-39 ile 40-54 yaş aralığındadır. Eğitim durumuna bakıldığında, katılımcıların dağılımları farklıdır fakat çoklukta olan %36,3’ü (n=74) lisans eğitim düzeyindedirler. Katılımcılar meslek grubuna göre farklı gruplara dağıtılmaktadır fakat katılımcıların çoğu %26,5’i (n=54) memur ve %22,1’i (n=45) işçi olarak çalışmaktadır. Medeni durumuna göre katılımcıların %69,1’i (n=141) evli, %30,9’i (n=63) ise bekardır. Gelir düzeyine göre katılımcılar farklı gelir düzeylerine dağıtılmaktadır. %27’si (n=55) 0-300 avro, %23’ü (n=47) 601-900 avro ve %22,1’i (n=45) 301-600 avro aylık gelir düzeyine sahiptir. Kalan kısmı diğer aylık gelirlerine dağıtılmaktadır.

Kosova devlet hastaneleri ve özel Türk hastanelerinde sağlık hizmeti kalitesinin ölçmek için 35 ifadeden oluşan anket yöntemi kullanılmıştır. Bu ifadeler 5’li Likert ölçeğinde (1-Hiç memnun değilim, 2-Memnun değilim, 3-Ne memnunum ne de memnun değilim, 4-Memnunum ve 5-Çok memnunum) hazırlanmıştır ve ankete katılanlardan ifadelere memnuniyet düzeylerinin belirtilmesi istenmiştir. Bu ifadelere faktör analizi ve güvenilirlik analizi uygulanmıştır. Faktör analizi sonucunda 4 ifade ölçekten çıkarılmış ve 31 ifadeden 5 faktör oluşturulmuştur. Bu faktörler “hastane ortamı ve tetkik hizmetleri”, hemşirelik hizmetleri”, “fiziksel özellikler”, “uygunluk” ve “hekimlik hizmetleri” olarak isimlendirilmiştir. Ölçeğin güvenilirlik katsayısı çok yüksek düzeyde güvenilir çıkmış ve aynı zamanda oluşan her faktörün güvenilirlik katsayısı oldukça

yüksek bulunmuştur. Bu faktörlerden hareketle diğer istatistik analizlerine devam edilmiştir.

Çalışmanın amacı doğrultusunda Kosova devlet hastaneleri ile özel Türk hastaneleri arasında sağlık hizmeti konusunda kıyaslama yapmak için T-testi kullanılmıştır. Analiz sonucunda, Kosova devlet hastaneleri ile özel Türk hastaneleri arasında her boyutta anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Farklılıklara göre hastane ortamı ve tetkik hizmetleri, hemşirelik hizmetleri, fiziksel özellikler, uygunluk, hekimlik hizmetleri ve genel olarak hizmet kalitesi değişkenleri devlet hastanelerine göre özel Türk hastanelerinde daha yüksek puanlara ulaşmıştır. Özel Türk hastanelerinin her açıdan hastalara daha yüksek düzeyde sağlık hizmeti sunduğu bulunmuştur. Bu sonuçlar, Andaleeb (2000)'ın sonuçlarıyla uyumludur. Onun çalışmasına göre özel hastaneler devlet hastanelerinden daha fazla yanıt, iletişim ve disipline ilişkin tedbirler alma konusunda daha yüksek puan almıştır. Bu farklılıklar, özel hastanelerin toplumda anlamlı bir rol oynadığını ve varlığını, devamını ve büyümesini haklı çıkardığını göstermektedir. Arasli vd, (2008) de, özel hastanelerde sağlık hizmetlerin daha iyi olduğunu bulmuşlardır. Özel hastaneler devlet hastanelerine göre daha iyi bir hizmet sunmaktadır. Al-Borie & Damanhour (2013), benzer şekilde yaptıkları çalışmada özel hastane hizmet kalitesinin, devlet hastane hizmet kalitesinden yüksek olduğunu bulmuşlardır. Devlet hastanelerinde hizmet kalitesinin en iyi boyutu olarak somutluk boyutu bulunmuştur. Bu boyutta personel görünüşü, uygun ve erişilebilir konum, modern ekipman ve teknoloji dahil olmuştur. Özel hastanelerde en iyi hizmetler rahat ve kolay erişilebilirlik; ve sağlık personeli samimiyeti olarak bulunmuştur.

Bundan sonraki aşamada hizmet kalitesinin araştırmaya dahil edilen diğer değişkenlerle olan ilişkileri incelenmiştir. Devlet ve özel Türk hastanelerinde sunulan hizmet kalitesinin hasta memnuniyeti üzerine etkisi aranmıştır. Regresyon analizi sonucunda hizmet kalitesinin hasta memnuniyeti üzerine anlamlı bir etkisi olduğu bulunmuştur. Elde edilen $R^2=0,651$ değeri, hasta memnuniyetinde değişimin %65,1'i, bağımsız değişkenleri olan hizmet kalitesi boyutlarından açıklanmaktadır. Fakat hizmet kalitesi boyutlarından sadece hastane ortamı ve tetkik hizmetleri ile hekimlik hizmetleri anlamlı bulunmuştur. Hizmet kalitesi boyutları tek tek anlamlı olmasa bile birleştiğinde

hasta memnuniyeti üzerinde anlamlı bir etkisi olmaktadır. Hasta memnuniyetinde değişimin %57,6'sı genel hizmet kalitesinden açıklanmaktadır. Regresyon modeli de anlamlı çıkmıştır. Bu bulgular Padma vd, (2010) çalışmasından desteklenmektedir. Regresyon analizi sonucunda personel kalitesi (hekim ve hemşirelik hizmetleri) hasta memnuniyeti üzerine en fazla etkili boyut olarak bulunmuşlardır. Bunun yanında klinik hizmeti, imaj ve güvenilirlik boyutlarının, hasta memnuniyeti üzerine anlamlı bir etkisi olduğunu da ortaya konmuştur.

Kosova devlet hastaneleri ile özel Türk hastanelerinde sunulan sağlık hizmet kalitesinin hastaneyi tercih nedenlerine göre farklılıkları incelenmiştir. Hastaların hastaneyi tercih nedenlerine göre her sağlık hizmet unsuruna yönelik anlamlı farklılık göstermektedir. Hastaların hastane ortamı ve tetkik hizmetlerine yönelik hastaneyi tercih nedenleri anlamlı farklılık göstermekle beraber, farkın nedeni daha temiz, bakımlı ve modern bir hastane olması nedeniyle hastaneyi seçenlerin değerlendirme puanlarının, diğer bütün nedenlerle hastaneyi seçenleri değerlendirme puanlarından yüksek olmasıdır. Hastaların hemşirelik hizmetlerine yönelik hastaneyi tercih nedenleri anlamlı farklılık göstermekle beraber farkın nedeni daha temiz, bakımlı ve modern bir hastane olması nedeniyle hastaneyi seçenlerin değerlendirme puanlarının, diğer bütün nedenleriyle hastaneyi seçenleri değerlendirme puanlarından yüksek olmasıdır. Fiziksel özelliklerine yönelik hastaneyi tercih nedenleri anlamlı farklılık göstermekle beraber farkın nedeni daha temiz, bakımlı ve modern bir hastane olması nedeniyle hastaneyi tercih edenlerin değerlendirme puanlarının, eski hastaların tavsiyesi, hastanede bir yakının çalışması, rasgele kendi seçimi ve diğer nedenleriyle hastaneyi tercih edenlerin değerlendirme puanlarından yüksek olmasıdır. Uygunluk faktörüne yönelik hastaneyi tercih nedenleri anlamlı farklılık göstermekle beraber farkın nedeni daha temiz, bakımlı ve modern bir hastane olması nedeniyle hastaneyi tercih edenlerin değerlendirme puanlarının, rastgele kendi seçimi hastaneyi tercih edenlerin değerlendirme puanlarından yüksek olmasıdır. Hekimlik hizmetlerine yönelik hastaneyi tercih nedenleri anlamlı farklılık göstermekle beraber farkın nedeni eski hastaların tavsiyesi nedeniyle hastaneyi seçenlerin değerlendirme puanlarının, hastanede bir yakının çalışması nedeniyle hastaneyi seçenlerin değerlendirme puanlarından yüksek olmasıdır. Son olarak da genel hizmet kalitesine yönelik hastaneyi tercih nedenleri anlamlı farklılık göstermekle beraber farkın

nedeni, özetle daha temiz, bakımlı ve modern bir hastane olması nedeniyle hastaneyi seçenlerin değerlendirme puanlarının, eski hastaların tavsiyesi, eski hastası olma, doktoru tanıma, hastanede bir yakının çalışması, rastgele kendi seçimi ve diğer nedeniyle hastaneyi seçenlerin değerlendirme puanlarından yüksek bulunmasıdır. Genel olarak daha temiz, bakımlı ve modern bir hastane olması seçeneği özel Türk hastanelerinde tedavi gören hastalardan seçilmiştir ve bu özel Türk hastanelerinde hizmet kalitesinin daha yüksek düzeyde olduğunun göstergesidir.

Hizmet kalitesi boyutlarının hastaların demografik özelliklerine göre farklılıkları incelenmiştir. Katılanların cinsiyete göre hastane ortamına ve tetkik hizmetleri, hemşirelik hizmetleri, fiziksel özellikler, uygunluk, hekimlik hizmetleri ve genel hizmet kalitesine yönelik puanları, erkeklerin bu boyutlara yönelik puanlarından yüksek bulunmuştur ve kadınlar erkeklere göre sağlık hizmet kalitesinin her düzeyinde daha memnundur. Katılanların yaş gruplarına göre hastane ortamı ve tetkik hizmetleri, hemşirelik hizmetleri, hekimlik hizmetleri ve genel hizmet kalitesi anlamlı farklılık göstermemektedir. Ancak fiziksel özellikler ve uygunluk özellikler yaş gruplarına göre anlamlı farklılık göstermektedir. 55 ve üzeri yaş grubunda olan hastaların fiziksel özelliklerine yönelik puanları, 25'ten yaş grubunda olan hastaların bu boyuta yönelik puanlarından yüksek çıkmıştır. 55 ve üzeri yaş grubunda olan hastaların uygunluk boyutuna yönelik puanları, 40-54 yaş grubunda olan hastaların bu boyuta yönelik puanlarından daha yüksek çıkmıştır. Bu sonuçlardan daha yaşlı hastalar hastanelerinin fiziksel özellikleri ve uygunluğuyla daha memnun olduğu söylenebilir. Quintana vd, (2006), yaşlı hastaların hastane hizmetlerinden daha memnun olduklarını bulmuşlardır. Benzer sonuçlar Rahmqvist (2001)'in araştırmasında da görülebilir. Hastane hizmetlerinden hasta memnuniyetinin yaşların ilerledikçe ilerlemekte ve en yüksek hasta memnuniyeti ortalaması 75-84 yaş aralığında bulunmuştur.

Katılanların eğitim durumuna göre hastane ortamı ve tetkik hizmetleri, uygunluk, hekimlik hizmetleri ve genel hizmet kalitesi anlamlı farklılık göstermemektedir. Katılanların eğitim durumuna göre hemşirelik hizmetleri ve fiziksel özellikler anlamlı farklılık göstermektedir. İlköğretim, lise ve lisans düzeyinde olan hastaların hemşirelik hizmetlerine yönelik puanları, yüksek lisans ve doktora düzeyinde olan hastaların aynı

boyuta yönelik puanlarından yüksek bulunmuştur. Lise eğitim düzeyinde olan hastaların fiziksel özelliklerine yönelik puanları, lisans ile yüksek lisans ve doktora eğitim düzeyinde olan hastaların puanlarından yüksek bulunmuştur. Bu sonuçlardan, eğitim düzeyinin yükseldikçe, hizmet kalitesine yönelik hasta memnuniyetinin düştüğünü söyleyebiliriz. Bu sonuçlar yine Quintana vd, (2006) araştırmasını desteklemektedir. Eğitim almayan veya sadece ilköğretim görmüş hastalar daha yüksek memnuniyet puanına sahiptir.

Meslek gruplarına göre hastane ortamı ve tetkik hizmetleri, hemşirelik hizmetleri, hekimlik hizmetleri ve genel hizmet kalitesi anlamlı farklılık göstermemektedir. Meslek gruplarına göre fiziksel özellikler ve uygunluk faktörü anlamlı farklılık göstermektedir. Ev hanımı olan hastaların fiziksel özelliklerine yönelik puanları, öğrenci ve işsiz olan hastaların bu boyuta yönelik puanlarından yüksek bulunmuştur. Emekli olan hastaların uygunluk faktörüne yönelik puanları, işsiz olan hastaların bu boyuta yönelik puanlarından yüksek bulunmuştur. Medeni duruma göre hastane ortamı ve tetkik hizmetleri, hemşirelik hizmetleri, uygunluk, hekimlik hizmetleri ve genel hizmet kalitesi anlamlı farklılık göstermemektedir. Medeni duruma göre fiziksel özellikler anlamlı farklılık göstermektedir. Evli olan hastaların fiziksel özelliklerine yönelik puanları, bekar olan hastaların bu boyuta yönelik puanlarından yüksek çıkmıştır. Aylık gelirlerine göre hastane ortamı ve tetkik hizmetleri, hemşirelik hizmetleri, fiziksel özellikler, uygunluk, hekimlik hizmetleri ve genel hizmet kalitesi anlamlı farklılık göstermektedir. 601-900 avro ve 901-1200 avro aylık gelirleri olan hastaların hastane ortamı ve tetkik hizmetlerine, hemşirelik hizmetlerine, uygunluk faktörüne, hekimlik hizmetlerine ve genel hizmet kalitesine yönelik puanları, 0-300 avro ve 301-600 avro aylık gelirleri olan hastaların bu boyutlara yönelik puanlarından yüksek bulunmuştur. 601-900 avro ve 901-1200 avro aylık gelirleri olan hastaların fiziksel özelliklerine yönelik puanları, 0-300 avro aylık gelirleri olan hastaların bu boyuta yönelik puanlarından yüksek bulunmuştur.

Kosova devlet hastaneleri ile özel Türk hastanelerinde hasta memnuniyeti incelenmiştir. Hastane türüne göre hasta memnuniyeti anlamlı farklılık göstermektedir. Özel Türk hastanelerinde tedavi gören hastaların hasta memnuniyetine yönelik puanları,

Kosova devlet hastanelerinde tedavi gören hastaların hasta memnuniyetine yönelik puanlarından yüksek çıkmıştır.

Hasta memnuniyetinin demografik özelliklerine göre farklılıkları incelenmiştir. Hastaların cinsiyetlerine göre hasta memnuniyeti anlamlı farklılık göstermekle beraber kadınların hasta memnuniyetine yönelik puanları, erkeklerin hasta memnuniyetine yönelik puanlarından yüksek bulunmuştur. Hastaların yaş gruplarına göre hasta memnuniyeti anlamlı farklılık göstermemektedir. Hastaların eğitim durumuna göre hasta memnuniyeti anlamlı farklılık göstermemektedir. Hastaların meslek gruplarına göre hasta memnuniyeti anlamlı farklılık göstermekle beraber serbest mesleği olan hastaların hasta memnuniyeti yönelik puanları, işçi ve işsiz mesleği olan hastaların hasta memnuniyetine yönelik puanlarından yüksek bulunmuştur. Hastaların medeni durumlarına göre hasta memnuniyeti anlamlı farklılık göstermekle beraber evli hastaların hasta memnuniyetine yönelik puanları, bekar hastaların hasta memnuniyetine yönelik puanlarından yüksek bulunmuştur. Hastaların aylık gelirlerine göre hasta memnuniyeti anlamlı farklılık göstermekle beraber 901-1200 avro aylık gelirleri olan hastaların hasta memnuniyetine yönelik puanları, 0-300 avro ile 301-600 avro aylık gelirleri olan hastaların hasta memnuniyetine yönelik puanlarından yüksek bulunmuştur. Aynı zamanda 601-900 avro aylık gelirleri olan hastaların hasta memnuniyetine yönelik puanları, 301-600 avro aylık gelirleri olan hastaların hasta memnuniyetine yönelik puanlarından yüksek bulunmuştur.

Hasta memnuniyetinin hastaneyi tercih nedenlerine göre farklılıkları incelenmiştir. Hasta memnuniyeti hastaneyi tercih nedenlerine göre anlamlı farklılık göstermekle beraber daha temiz, bakımlı ve modern bir hastane olması nedeniyle hastaneyi tercih edenlerin puanları, eski hastaların tavsiyesi, eski hastası olma, doktoru tanıma, hastanede bir yakının çalışması, rasgele kendi seçimi ve diğer nedenlerle hastaneyi tercih edenlerin puanlarından yüksek bulunmuştur.

Hastane türü ile hastaların demografik özellikleri arasında ilişkiler incelenmiştir. Hastaların cinsiyetlerine göre hastane türü seçimi anlamlı farklılık göstermektedir. Erkeklerin çoğu (%67,7) devlet hastanelerini, kadınların çoğu ise (%61) özel Türk hastanelerini seçmişlerdir. Hastaların yaş gruplarına göre hastane türü seçimi anlamlı

farklılık göstermemektedir. Hastaların eğitim durumuna göre hastane türü seçimi anlamlı farklılık göstermemektedir. Hastaların meslek gruplarına göre hastane türü seçimi anlamlı farklılık göstermemektedir. Hastaların medeni gruplarına göre hastane türü seçimi anlamlı farklılık göstermemektedir. Hastaların aylık gelirlerine göre hastane türü seçimi anlamlı farklılık göstermektedir. 0-300 avro aylık gelirleri olanların çoğu (%72,7) ile 301-600 avro aylık gelirleri olanların çoğu (%75,6) devlet hastanelerini seçerken; 601-900 avro, 901-1200 avro ve 1201 avro + aylık gelirleri olanların çoğu (%61,7, %78,4, %60) özel Türk hastanelerini seçmektedir.

Son olarak hastane türü ile hastaneyi tercih nedenleri arasında ilişkiler incelenmiştir. Hastaneyi tercih nedenlerine göre hastane türü seçimi anlamlı farklılık göstermektedir. Eski hastaların tavsiyesi ve daha temiz, bakımlı ve modern bir hastane olması nedeniyle hastaneyi seçenlerin çoğu (%58,8 ile %88,9) özel Türk hastanelerini seçerken, eski hastası olma, doktoru tanıma, hastanede bir yakının çalışması, rasgele kendi seçimi ve diğer nedenlerle hastaneyi seçenlerin çoğu (%62,9, %85,7, %86,7, %68 ve %100) devlet hastanelerini seçmektedir.

Yapılan analizlerden beklendiği gibi, iki sektör arasındaki bu karşılaştırmalı çalışma, tüm boyutlarda kamu sektörünün, özel sektöre kıyasla daha düşük puanlar aldığını, bu sektörleri büyük ölçüde birbirinden ayıran unsurun memnuniyet olduğunu ortaya koymaktadır. Hastaların tedavisinde kullanılan ekipman teknolojisi ve teknikleri, hekim ile hemşirelik hizmetleri, hastane içinde sunulan hijyen ve koşullar, ekipmanın bakımı ve yiyecekleri bu sektörleri ayıran unsurlar arasındadır.

Yapılan analiz, Kosova'da sağlık sektöründe sağlık hizmetlerinin kalitesinin ölçme durumunun gerçeğini göstermektedir. Son yıllarda sağlık hizmetlerine daha fazla önem gösterilmesine rağmen, bu sorunun araştırması henüz dikkat çekmektedir. Bu araştırmanın vurguladığı şey hem kamu hem de özel sektöründe sağlık hizmetlerinin kalitesi ile ilgili Kosova'da farklı özelliklerin bulunması ile birlikte hastanelerin tedavi için hastaların zorla kabul ettiği ve bu doğrultuda beklentilerinin fazla olmadığıdır.

Araştırmadan elde edilen sonuçların doğrultusunda, aşağıdaki önerilerde bulunulabilir:

Kosova devlet hastanelerinde sunulan sağlık hizmet kalitesi hastalar tarafından memnun edici düzeyinde değildir ve bu doğrultuda hastanelerin sağlık hizmet kalitesi geliştirilmesinde önlem almalari gerekmektedir. Hekimlik hizmetlerinden başlayarak hastane ortamına kadar düzeltmeler yapılmalıdır. Hastalar hekimler ve hemşireler tarafından az dinlendiği ve az zaman ayırıldığı şikayetleri edilmektedir. Hekimlerin ve hemşirelerin bu konuda daha fazla dikkat etmeleri gerekmektedir. Bazı durumlarda hastaların hemşire el becerilerine çok fazla güvenmediği başka bir sorundur.

Bunun dışında, Kosova devlet hastanelerinde hastane ortamına yönelik de düşük puanlar elde edilmiştir. Genel olarak hastanelerinin genel temizlik, oda temizliği, çarşafların temizliği gibi özelliklerden de memnuniyetsizlik sonucu çıkmaktadır. Aynı zamanda da laboratuvar ve diğer tıbbi hizmetlerden kolayca yararlanmadığını ve muayene olabilmek için beklenen sürenin bazen uzun olduğunu anlatmaktadır. Bu konularda hastanelerin hastalara daha fazla yardım sunması gerekmektedir.

Ayrıca devlet hastanelerinde farklı aylık gelir grupları için fiyatların yüksek olduğu bir gerçektir. Özel Türk hastanelerinde de fiyatların yüksek olmasından şikâyet vardır fakat devlet hastanelerine göre özel Türk hastanelerinde fiyatların yüksek olması beklenmektedir. Her iki hastane türünde grupların gelirlerine göre de fiyatların yeniden düzenlenmesi gerektiğini düşünmekteyiz. Vatandaşlara sunulan hizmetlerin kalitesinin iyileştirmesi üzerindeki olumlu etkilerinden dolayı sağlık sigortası yasası uygulanmalıdır.

Kosova'daki kamu ve özel sağlık sisteminin iyileştirilmesinde belirleyici ve çok önemli bir unsur, Kosova'da kamu ve özel sağlık hizmetlerinin kalitesini kontrol edecek bir barometre sağlanmasıdır. Kosova'ya gri ekonomi sistemi veya bilinen kayıt dışı ekonomi yoluyla ve gümrükten giren ilaçların kalitesinin kontrolünü yapan sağlık müfettişlerinin yetersiz kabiliyeti, Kosova sağlık sistemine ve gerekli düzeyde sağlık hizmet sağlanması olumsuz etkiler getirmektedir. Eski ve iyi çalışmayan tıbbi cihazlar, sunulan hizmetlerin kalitesinin iyileştirmesini zorlaştırır ve böylece sağlık sisteminin işlevselliğini ve verilen hizmetlerin performansını etkilemektedir. Daha iyi koşullar sunan özel sektörde sorun olmadığı için Kosova'daki kamu hastanelerinde altyapının daha işlevsel hale getirilmesi ve geliştirilmesinden sorumlu olan Sağlık Bakanlığı gibi ulusal

ve uluslararası kamu fon sistemlerinden elde edilebilecek doğrudan ve dolaylı yardımlara başvurulması tavsiye edilebilir.

Anket uygulanma sırasında fark edilen bir başka sorun sağlık hizmet kalitesini doğrudan etkileyen sorunlar arasında sağlık personelinin geç gelmesi ve düzgün çalışmamasıdır. Bir personel yönetimi sisteminin (yoklama sistemi) ve hastanelerde düzenlenen çalışma saatlerine uymayan sağlık personeli üzerine uygulanacak bir ceza sisteminin de kurulmasını önerilebilir. Bu çalışmadan ortaya çıkarılan başka bir sorun ise devlet hastanelerinin sağlık personelinin, özel hastanelerde büyük ölçüde çalışmalarıdır. Bu da işte devamsızlığı, belirlenen çalışma saatlerinde işe geç kalması, kabul edilemeyen hizmet kalitesinde bulunması vd. gibi bir dizi sorunlara neden olmaktadır. Devlet hastanelerine odaklı kamu sektöründe maaşların düzenlemesini yapacak bir yasanın çıkarılmasını ve her iki sağlık sistemlerinden alınan çift maaşların önlenmesi tavsiye edilebilir. Çünkü bu hem vatandaşların sağlık hizmetleri seçiminde zor durumda kalmasına hem de devlet hastanelerinde daha düşük kaliteli hizmetler sunulmasına sebep olmaktadır.

Hastanelerdeki haksız kazançların önlenmemesi ve rüşvetçilik üzerinden yürüyen sistemin hastanelerdeki ana çarkı oluşturması, sağlık sistemimizdeki en önemli sorunlardan biridir. Dolayısıyla bu sorunların ortadan kaldırılması ya da bu sorunlar hakkında yasalar çıkarılması, sağlık hizmet kalitesinin artmasını etkileyecektir. Şüphesiz ki en büyük iş mücadele görevi oluşturacak devlete düşmektedir. Fakat aynı zamanda, hekimlere ve bütün sağlık personeline hastalara nasıl davranılması gerektiği ile ilgili ve yapmakta olduğu işin, sıradan bir iş olmadığı fakat en iyi ve en insanî iş olduğu konularında eğitim verilmesi gerektiği düşünülmektedir.

KAYNAKÇA

- Aagja, J. P., & Garg, R. (2010). Measuring Perceived Service Quality for Public Hospitals (PubHosQual) in the Indian Context. *International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing*, 60-83.
- Abbasi, H., & Dahiya, M. (2016). Services Marketing: Challenges and Strategies. *International Journal on Recent and Innovation Trends in Computing and Communication*, 345-349.
- ACS, A. C. (1999). *Can't Got no Satisfaction: Using Gap Approach to Measure Service*. Available online at www.account.org.
- Al-Borie, H. M., & Damanhour, A. M. (2013). Patients' Satisfaction of Service Quality in Saudi Hospitals: A SERVQUAL Analysis. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 20-30.
- Allen-Duck, A., Robinson, J. C., Faha, & Stewart, M. W. (2017). Healthcare Quality: A Concept Analysis. *Nursing Forum*, 377-386.
- Allin, S., Masseria, C., & Mossialos, E. (2009). Measuring Socioeconomic Differences in Use of Health Care Services by Wealth Versus by Income. *American Journal of Public Health (AJPH)*.
- Allott, M., & Robb, M. (1998). *Understanding Health and Social*. London: Sage Publications.
- Altunışık, R., Coşkun, R., Bayraktaroğlu, S., & Yıldırım, E. (2012). *Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri SPSS Uygulamalı*. Sakarya: Sakarya Yayıncılık.
- Andaleeb, S. S. (1998). Determinants of Customer Satisfaction with Hospitals: A Managerial Model. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 181-187.
- Andaleeb, S. S. (2000). Public and Private Hospitals in Bangladesh: Service Quality and Predictors of Hospital Choice. *Health Policy and Planning*, 95-102.
- Andaleeb, S. S. (2001). Service Quality Perceptions and Patient Satisfaction: A Study of Hospitals in a Developing Country. *Social Science & Medicine*, 1359-1370.
- Andaleeb, S. S., Siddiqui, N., & Khandakar, S. (2007). Patient Satisfaction with Health Services in Bangladesh. *Health Policy and Planning*, 263-273.
- Anderson, E. A. (1995). Measuring Service Quality at a University Health Clinic. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 32-37.

- Andrii, V. (2015). The Essence of Intangible Service as a Special Theoretical Category in the Modern Post-industrial Economics System . *Procedia Economics and Finance*, 267-273.
- Angelopoulou, P., Kangis, P., & Babis, G. (1998). Private and Public Medicine: A Comparison of Quality Perceptions. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 14-20.
- Arasli, H., Ekiz, E. H., & Katircioglu, S. T. (2008). Gearing Service Quality into Public and Private Hospitals in Small Islands. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 8-23.
- ASK. (2013). *Consumption Poverty in the Republic of Kosovo in 2011*. The World Bank.
- ASK. (2019). *Vjetari Statistikor i Republikës së Kosovës 2019*. Prishtina: Agjencia e Statistikave të Kosovës.
- Athanassopoulos, A. D. (2000). Customer Satisfaction Cues To Support Market Segmentation and Explain Switching Behavior. *Journal of Business Research*, 191-207.
- Babakus, E., & Boller, G. W. (1992). An Empirical Assessment of the SERVQUAL Scale. *Journal of Business Research*, 253-268.
- Babakus, E., & Mangold, W. G. (1992). Adapting the SERVQUAL Scale to Hospital Services: An Empirical Investigation. *Health Services Research*, 767-786.
- Badri, M. A., Attia, S., & Ustadi, A. M. (2009). Healthcare Quality and Moderators of Patient Satisfaction: Testing for Causality. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 382-410.
- Bahrampour, A., & Zolala, F. (2005). Patient Satisfaction and Related Factors in Kerman Hospitals. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 905-912.
- Baltussen, R., Ye, Y., Haddad, S., & Sauerborn, R. (2002). Perceived Quality of Care of Primary Health Care Services in Burkina Faso. *Health Policy and Planning*, 42-48.
- Bebko, C. P. (2000). Service Intangibility and its Impact on Consumer Expectations of Service Quality. *Journal of Service Marketing*, 9-26.
- Begolli, I., & Arënliu-Qosaj, F. (2011). *Si ta Mjekojmë Mjekësinë?* Prishtina: Forumi 2015.
- Begolli, I., & Qosaj, F. A. (2011). *Public Health System Reform*. Prishtina: Forum 2015.

- Bekele, A., Taye, G., Mekonnen, Y., Girma, W., Degefu, A., Mekonnen, A., & Dejene, A. (2008). Levels of Outpatient Satisfaction at Selected Health Facilities in Six Regions of Ethiopia. *Ethiopian Health and Nutrition Research Institute*, 42-48.
- Berendes, S., Heywood, P., Oliver, S., & Garner, P. (2011). Quality of Private and Public Ambulatory Health Care in Low and Middle Income Countries: Systematic Review of Comparative Studies. *PLoS Med*, 1-10.
- BIRN. (2014). *BIRN*. BIRN: www.birn.net adresinden alındı
- Bleich, S. N., Özaltın, E., & Murray, C. J. (2009). How Does Satisfaction with the Health-Care System Relate to Patient Experience? *Bulletin of the World Health Organization*, 271–278.
- Bonvillian, G. (1996). Quality-Driven Change in the 1990s: Lessons From Small Manufacturers. *IIE Solutions*, 32-39.
- Boran, S. (2008). Toplam Kalite Yönetimi. Sakarya, Türkiye.
- Boshoff, C., & Gray, B. (2004). The Relationships between Service Quality, Customer Satisfaction and Buying Intentions in the Private Hospital Industry. *South African Journal of Business Management*, 27-37.
- Boudreaux, E. D., & O’Hea, E. L. (2004). Patient Satisfaction in the Emergency Department: A Review of Literature and Implications for Practice. *The Journal of Emergency Medicine*, 13-26.
- Bowers, M., Swan, J., & Koehler, W. (1994). What Attributes Determine Quality and Satisfaction with Health Care Delivery? *Health Care Management Review*, 49-55.
- Boyer, L., Francois, P., Dautre, E., Weil, G., & Labarere, J. (2006). Perception and Use of the Results of Patient Satisfaction Surveys by Care Providers in a French Teaching Hospital. *International Journal for Quality in Health Care*, 359-364.
- Brady, M. K., & Cronin, J. J. (2001). Some New Thoughts on Conceptualizing Perceived Service Quality: A Hierarchical Approach. *Journal of Marketing*, 34-49.
- Brentani, U. d. (1989). Success and Failure in New Industrial Services. *Journal of Product Innovation Management*, 239-258.
- Brody, D. S., Miller, S. M., Lerman, C. E., Smith, D. G., Lazaro, C. G., & Blum, M. J. (1989). The Relationship between Patients' Satisfaction with Their Physicians and Perceptions about Interventions They Desired and Received. *Medical Care*, 1027-1035.

- Brucks, M., Zeithaml, V. A., & Naylor, G. (2000). Price and Brand Name as Indicators of Quality Dimensions for Consumer Durables . *Journal of the Academy of Marketing Science* , 359-374.
- Buttle, F. (1996). SERVQUAL: Review, Critique, Research Agenda. *European Journal of Marketing*, 8-32.
- Buwa, D., & Vuori, H. (2007). Rebuilding a Health Care System: War, Reconstruction and Health Care Reforms in Kosovo. *European Journal of Public Health*, 226-230.
- Calori, N., & Sarin, S. (1991). Quality Assurance in Engineering Education: A Comparison of EC-2000 and ISO-9000. *Journal of Engineering Education*, 495-501.
- Camilleri, D., & O'Callaghan, M. (1998). Comparing Public and Private Hospital Care Service Quality. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 127-133.
- Carman, J. M. (1990). Consumer Perceptions of Service Quality: An Assessment of the SERVQUAL Dimensions. *Journal of Retailing*.
- Carmen, J. M., & Langeard, E. (1980). Growth Strategies for Service Firms . *Strategic Management Journal*, 7-22.
- Caruana, A., Money, A. H., & Berthon, P. R. (2000). Service Quality and Satisfaction - The Moderating Role of Value. *Journal of Marketing*, 1338-1353.
- Chassin, M., & Galwin, R. W. (1999). The Urgent Need to Improve Health Care Quality. *JAMA*, 1000-1006.
- Chernatony, L. d., & Riley, F. D. (1999). Experts' Views About Defining Services Brands and the Principles of Services Branding. *Journal of Business Research*, 181-192.
- Cleary, P. D., & McNeil, B. J. (1988). Patient Satisfaction as an Indicator of Quality Care. *Inquiry*, 25-36.
- Clemens, J., Trimborna, M., Weilandb, P., & Amon, B. (2006). Mitigation of Greenhouse Gas Emissions by Anaerobic Digestion of Cattle Slurry. *Agriculture, Ecosystems & Environment*, 171-177.
- Cronin, J. J., & Taylor, S. A. (1992). Measuring Service Quality: A Reexamination and Extension. *Journal of Marketing*, 55-68.

- Crosby, P. (1979). *Quality is Free: The Art of Making Quality Certain*. New York: McGraw-Hill.
- Crowe, R., Gage, H., Hampson, S., Hart, J., Kimber, A., Storey, L., & Thomas, H. (2002). The Measurement of Satisfaction with Healthcare: Implications for Practice From a Systematic Review of the Literature. *Health Technology Assessment*, 1-244.
- Dagger, T. S., Sweeney, J. C., & Johnson, L. W. (2007). A Hierarchical Model of Health Service Quality: Scale Development and Investigation of an Integrated Model. *Journal of Service Research*, 123-142.
- Dahlgaard, J. J., Kristensen, K., & Kanji, G. K. (2002). *Fundamentals of Total Quality Management*. London and New York: Taylor & Francis Group.
- Dale, B. G., & Cooper, C. L. (1994). Introducing TQM: The Role of Senior Management. *Management Decision*, 20-26.
- Demirel, Y., Yoldaş, A., & Divanoğlu, S. U. (2009). Algılanan Hizmet Kalitesinin Tatmin, Tavsiye Davranışı ve Tercih Üzerine Etkisi: Sağlık Sektöründe Bir Araştırma. *Uluslararası Hakemli Sosyal Bilimler E-Dergisi*, 1-14.
- Devellis, R. F. (1991). *Scale development: theory and applications*. Newbury Park: Sage Publications.
- Dey, P. K., Hariharan, S., & Brookes, N. (2006). Managing Healthcare Quality Using Logical Framework Analysis. *Managing Service Quality*, 203-222.
- Donabedian, A. (1980). *The Definition of Quality and Approaches to its Assessment*. Ann Arbor: Michigan Health Administration Press.
- Druss, B. G., Rosenheck, R. A., & Stolar, M. (1999). Patient Satisfaction and Administrative Measures as Indicators of the Quality of Mental Health Care. *Psychiatric Services*, 1053-1058.
- DSÖ. (2008). *Primary Health Care – Now More Than Ever*. Switzerland: World Health Organization.
- Duggirala, M., Rajendran, C., & Anantharaman, R. (2008). Patient-Perceived Dimensions of Total Quality Service in Healthcare. *Benchmarking: An International Journal*, 560-583.
- Duggirala, M., Rajendran, C., & Anantharaman, R. (2008). Provider-Perceived Dimensions of Total Quality Management in Healthcare. *Benchmarking: An International Journal*, 693-722.

- Duku, S. K., Nketiah-Amponsah, E., Janssens, W., & Pradhan, M. (2018). Perceptions of Healthcare Quality in Ghana: Does Health Insurance Status Matter? *Plos One*, 1-17.
- Edwards-Smith, C. J., Jonsson, J. R., Purdie, D. M., Bansal, A., Shorthouse, C., & Powell, E. E. (1999). Interleukin-10 Promoter Polymorphism Predicts Initial Response of Chronic Hepatitis C to Interferon Alfa. *Hepatology*, 526-530.
- Eldin, A. B. (2011). *Modern Approaches To Quality Control* . Rijeka, Croatia: InTech.
- Elliot, K. M. (1994). SERVPERF Versus SERVQUAL: A Marketing Management Dilemma When Assessing Service Quality. *The Journal of Marketing Management*, 56-61.
- Evans, D. B., Edejer, T. T.-T., Lauer, J., Frenk, J., & Murray, C. J. (2001). Measuring Quality: From the System to the Provider. *International Journal for Quality in Health Care*, 439-446.
- Feigenbaum, A. V. (1956). Total Quality Control. *Harvard Business Review*.
- Fenton, J. J., Jerant, A. F., Bertakis, K. D., & Franks, P. (2012). The Cost of Satisfaction: A National Study of Patient Satisfaction, Health Care Utilization, Expenditures, and Mortality. *Arch Intern Med*, 405-411.
- Flipo, J.-P. (1988). On the Intangibility of Services . *The Service Industries Journal*, 286-293.
- Flood, R. L. (1993). *Beyond TQM*. England: John Wiley & Sons.
- Gabbott, M., & Hogg, G. (1994). Consumer Behaviour and Services: A Review. *Journal of Marketing Management*, 311-324.
- Gadrey, J. (2000). The Characterization of Goods and Services: An Alternative Approach. *Review of Income and Wealth* , 369-387.
- Gale, B. D. (2003). *Managing Quality*. USA: Blackwell Publishing Ltd.
- Garvin, D. A. (1984). What Does "Product Quality" Really Means? *Sloan Management Review*, 25-43.
- Gefen, D. (2002). Customer Loyalty in E-Commerce. *Journal of the Association for Information Systems*, 27-51.
- Gegez, A. E. (2015). *Pazarlama Araştırmaları*. İstanbul: Beta Basım Yayım Dağıtım A.Ş.

- Ghobadian, A., Speller, S., & Jones, M. (1994). Service Quality: Concepts and Models. *International Journal of Quality & Reliability Management*, 43-66.
- Gill, L., & White, L. (2009). A Critical Review of Patient Satisfaction. *Leadership in Health Services*, 8-19.
- Gilson, L. (2003). Trust and the Development of Health Care as a Social Institution. *Social Science & Medicine*, 1453-1468.
- Glasby, J. (2003). *Hospital Discharge: Integrating Health and Social Care*. United Kingdom: Radcliffe Medical Press Ltd.
- Goetsch, D. L., & Davis, S. (2014). *Quality Management for Organizational Excellence: Introduction to Total Quality*. Harlow: Pearson Education Limited.
- Goldmann, F. (1946). Foreign Programs of Medical Care and Their Lessons. *The New England Journal of Medicine*, 155-160.
- Goldstein, S. M., Johnston, R., Duffy, J., & Rao, J. (2002). The Service Concept: The Missing Link in Service Design Research? *Journal of Operations Management*, 121-134.
- González-Valentín, A., Padín-López, S., & Ramón-Garrido, E. d. (2005). Patient Satisfaction With Nursing Care in a Regional University Hospital in Southern Spain. *Journal of Nursing Care Quality*, 63-72.
- Greco, M., Sweeney, K., Brownlea, A., & McGovern, J. (2001). The Practice Accreditation and Improvement Survey (PAIS): What Patients Think. *Australian Family Physician*.
- Grönroos, C. (1982). An Applied Service Marketing Theory. *European Journal of Marketing*, 30-41.
- Grönroos, C. (1984). A Service Quality Model and its Marketing Implications. *European Journal of Marketing*, 36-44.
- Grönroos, C. (1988). Service Quality: The Six Criteria of Good Perceived Service Quality. *Review of Business*, 10-.
- Grönroos, C. (2001). The Perceived Service Quality Concept – A Mistake? *Managing Service Quality: An International Journal*, 150-152.
- Gupta, A., McDaniel, J. C., & Herath, S. K. (2005). Quality Management in Service Firms: Sustaining Structures of Total Quality Service. *Managing Service Quality*, 389-402.

- Hadi, N. U., Aslam, N., & Gulzar, A. (2019). Sustainable Service Quality and Customer Loyalty: The Role of Customer Satisfaction and Switching Costs in the Pakistan Cellphone Industry. *Sustainability*, 1-17.
- Hall, J. A., Irish, J. T., Roter, D. L., Ehrlich, C. M., & Miller, L. H. (1994). Satisfaction, Gender, and Communication in Medical Visits. *Medical Care*, 1216-1231.
- Hamson, N., & Zuckerman, A. (2002). *Managing Quality*. United Kingdom: Capstone Publishing.
- Hart, M. (1996). Incorporating Outpatient Perceptions Into Definitions of Quality. *Journal of Advanced Nursing*, 1124-240.
- Hellsten, U., & Klesfjo, B. (2000). TQM as a Management System Consisting of Values Methodologies and Tools. *The TQM Magazine*, 238-244.
- Hofmarcher, M. M., Oxley, H., & Rusticelli, E. (2007). *Improved Health System Performance Through Better Care Coordination*. France: OECD Health Working Paper No. 30.
- Holmes-Rovner, M., Kroll, J., Schmitt, N., Rovner, D. R., Breer, M. L., Rothert, M. L., . . . Talarczyk, G. (1996). Patient Satisfaction with Health Care Decisions: The Satisfaction with Decision Scale. *Medical Decision Making*, 58-64.
- Houston, A., & Dockstader, S. L. (1988). *A Total Quality Management Process Improvement Model*. San Diego, California: Navy Personnel Research and Development Center.
- IOM, I. o. (2001). *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington: The National Academies Press.
- Irfan, S. M., & Ijaz, A. (2011). Comparison of Service Quality Between Private and Public Hospitals: Empirical Evidences from Pakistan. *Journal of Quality and Technology Management*, 1 - 22.
- Jan, A. (2012). Services Marketing Theory Revisited: An Empirical Investigation into Financial Services Marketing. *IOSR Journal of Business and Management*, 36-45.
- Järvinen, R., & Lehtinen, U. (2004). Services, e-Services and e-Service Innovations - Combination of Theoretical and Practical Knowledge . *Frontier of E-Business Research*, 78-89.
- Javed, S. A., Liu, S., Mahmoudi, A., & Nawaz, M. (2018). Patients'Satisfaction and Public and Private Sectors' Health Care Service Quality in Pakistan: Application

of Grey Decision Analysis Approaches. *The International Journal of Health Planning and Management*, 168-182.

Johann, M. (2015). *Services Marketing*. Warsaw: Warsaw School of Economics.

Johnson, J. K., & Sollecito, W. A. (2020). *McLaughlin and Kaluzny's Continuous Quality Improvement in Health Care* (Fifth Edition b.). USA: Jones & Bartlett Learning.

Juran, J. M. (1988). *Juran on Planning for Quality*. New York: Free Press: New York.

Juran, J. M. (1993). *Juran on Planning for Quality*. New York: Free Press: New York.

Juran, J. M., & Godfrey, A. B. (1999). *Juran's Quality Handbook*. New York: McGraw-Hill.

Kahn, B. K., Strong, D. M., & Wang, R. Y. (2002). Information Quality Benchmarks: Product and Service Performance. *Communications of the ACM*, 184-192.

Kalaja, R. (2016). *Vlerësimi i Cilësisë së Shërbimit Spitalor dhe Kënaqësisë së Pacientit në Shqipëri: Studim Krahasues Ndërmjet Sektorit Publik dhe Privat*. Durrës, Arnavutluk: Universiteti "Aleksandër Moisiu".

Kalaycı, Ş. (2014). *SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri*. Ankara: Asıl Yayın Dağıtım Ltd. Şti.

Katma Değer Vergisi Genel Uygulama Tebliği, 28983 (Maliye Bakanlığı Nisan 26, 2014).

KDI. (2019). *KDI Kosova*. KDI Kosova: <http://www.kdikosova.org/> adresinden alındı

Kelley, E., Moy, E., Stryer, D., Burstin, H., & Clancy, C. (2005). The National Healthcare Quality and Disparities Reports: An Overview. *Medical Care*, 3-8.

Kenyon, G. N., & Sen, K. C. (2015). *The Perception of Quality - Mapping Product and Service Quality to Consumer Perceptions*. London: Springer-Verlag.

Kerr, E. A., Hays, R. D., Mitchinson, A., Lee, M., & Siu, A. L. (1999). The Influence of Gatekeeping and Utilization Review on Patient Satisfaction . *Journal of General Internal Medicine*, 287-296.

Kettinger, W. J., & Lee, C. C. (1994). Perceived Service Quality and User Satisfaction with the Information Services Function. *Decision Sciences* , 737-766.

- Kilbourne, A. M., Beck, K., Spaeth-Rublee, B., Ramanuj, P., O'Brien, R. W., Tomoyasu, N., & Pincus, H. A. (2018). Measuring and Improving the Quality of Mental Health Care: A Global Perspective. *World Psychiatry* , 30-38.
- Korkmaz, S., & Çuhadar, U. (2017). Sağlık Hizmet Kalitesi ve Sağlık Kurumunu Tekrar Tercih Etme Niyeti Arasındaki İlişki: Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 3(1), 72-87.
- Kotler, P., & Armstrong, G. (2018). *Principles of Marketing*. Harlow: Pearson.
- Kravitz, R. L., Bell, R. A., Azari, R., Krupat, E., Kelly-Reif, S., & Thom, D. (2002). Request Fulfillment in Office Practice: Antecedents and Relationship to Outcomes. *Medical Care*, 38-51.
- Kravitz, R. L., Cope, D. W., Bhargava, V., & Leake, B. (1994). Internal Medicine Patients' Expectations for Care During Office Visits. *Journal of General Internal Medicine*, 75-81.
- Kurtuluş, K. (2010). *Araştırma Yöntemleri*. İstanbul: Türkmen Kitabevi.
- Ladhari, R. (2009). A Review of Twenty Years of SERVQUAL Research. *International Journal of Quality and Service Sciences*, 172-198.
- Lam, S. S. (1997). SERVQUAL: A Tool for Measuring Patients' Opinions of Hospital Service Quality in Hong Kong. *Total Quality Management*, 145-152.
- Lee, P.-M., Khong, P., & Ghista, D. N. (2006). Impact of Deficient Healthcare Service Quality. *Emerald Group Publishing Limited*, 563-571.
- Leffler, K. B. (1982). Ambiguous Changes in Product Quality. *The American Economic*, 956-967.
- Legido-Quigley, H., McKee, M., Nolte, E., & Glinos, I. A. (2008). *Assuring the Quality of Health Care in the European Union: A Case for Action*. Cornwall: World Health Organization.
- Lehtinen, U. (1984). On Defining Service. In C. Grönroos, & E. Gummesson (Eds.), *Services Marketing*:.
- Lehtinen, U., & Järvinen, R. (2015). The Role of Service Characteristics in Service Innovations. *NJB*, 168-181.
- Lewis, B. R. (1993). Service Quality: Recent Developments in Financial Services. *International Journal of Bank Marketing*, 19-25.

- Lewis, B. R., & Mitchell, V. W. (1990). Defining and Measuring the Quality of Customer Service. *Marketing Intelligence & Planning*, 11-17.
- Lewis, R. C., & Booms, B. H. (1983). The Marketing Aspects of Service Quality. *Emerging Perspectives on Services Marketing*, 99-107.
- Lim, P. C., & Tang, N. K. (2000). A Study of Patients' Expectations and Satisfaction in Singapore Hospitals. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 290-299.
- Linn, M. W., Linn, B. S., & Stein, S. R. (1982). Satisfaction with Ambulatory Care and Compliance in Older Patients. *Medical Care*, 606-614.
- Lovelock, C. H., & Wright, L. K. (1999). *Principles of Service Marketing and Management*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Madu, C. N., & Madu, A. A. (2002). Dimensions of E-Quality. *International Journal of Quality & Reliability Management*, 246-258.
- Martínez-Lorente, A. R., Dewhurst, F., & Dale, B. G. (1998). Total Quality Management: Origins and Evolution of the Term. *The TQM Magazine*, 378-386.
- McAlexander, J., Kaldenburg, D. O., & Koenig, H. F. (1994). Service Quality Measurement. *Journal of Health Care Marketing*, 34-40.
- McDougall, G. H., & Levesque, T. J. (1995). A Revised View of Service Quality Dimensions. *Journal of Professional Services Marketing*, 189-210.
- Meesala, A., & Paul, J. (2018). Service Quality, Consumer Satisfaction and Loyalty in Hospitals: Thinking for the Future. *Journal of Retailing and Consumer Services*, 261-269.
- Meng, Q., Liu, X., & Shi, J. (2000). Comparing the Services and Quality of Private and Public Clinics in Rural China. *Health Policy and Planning*, 349-356.
- MF. (2019). *Ministry of Finance*. Ministry of Finance: <https://mf.rks-gov.net/> adresinden alındı
- Mitchell, V.-W., & Greatedorex, M. (1993). Risk Perception and Reduction in the Purchase of Consumer Services. *The Service Industries Journal*, 179-200.
- Moeller, S. (2010). Characteristics of Services – A New Approach Uncovers their Value. *Journal of Services Marketing*, 359-368.
- MOH, M. o. (2014). *Strategjia Sektoriale e Shëndetësisë*. Prishtina: Ministry of Health.

- Mosadeghrad, A. M. (2014). Factors Influencing Healthcare Service Quality. *International Journal of Health Policy and Management*, 77-89.
- Mostafa, M. M. (2005). An Empirical Study of Patients' Expectations and Satisfactions in Egyptian Hospitals. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 516-532.
- MSH. (2019). *Ministry of Health*. Ministry of Health: <https://msh.rks-gov.net/> adresinden alındı
- Muhondwa, E., Leshabari, M., Mwangi, M., Mbembati, N., & Ezekiel, M. J. (2008). Patient Satisfaction at the Muhimbili National Hospital in Dar Es Salaam, Tanzania. *East African Journal of Public Health*, 67-73.
- Naidu, A. (2009). Factors Affecting Patient Satisfaction and Healthcare Quality. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 366-381.
- Nanda, V. (2005). *Quality Management System Handbook for Product Development Companies*. CRC Press.
- Narang, R. (2010). Measuring Perceived Quality of Health Care Services in India. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 171-186.
- Nelson, R. (1991). *Cost Guard Total Quality Management (TQM) Generic Organization*. United States: Cost Guards.
- Newman, K., & Cowling, A. (1996). Service Quality in Retail Banking: The experience of two British Clearing Banks. *International Journal of Bank Marketing*, 3-11.
- OECD. (2000). *The Service Economy*. Paris: OECD.
- Oliver, R. L. (1980). A Cognitive Model of the Antecedents and Consequences of Satisfaction Decisions. *Journal of Marketing Research*, 460-469.
- Oljira, L., & Gebre-Selassie, S. (2001). Satisfaction with Outpatient Health Services at Jimma Hospital, South West Ethiopia. *Ethiopian Journal of Health Development*, 179-184.
- Olofsson, L. (2014). *Discussion Paper: The Functionality of the Audit System in the Health Sector and the Needs to Adjust to Reforms*. Prishtina: Office of the Auditor General.
- Owusu-Frimpong, N., Nwankwo, S., & Dason, B. (2010). Measuring Service Quality and Patient Satisfaction with Access to Public and Private Healthcare Delivery. *International Journal of Public Sector Management*, 203-220.

- Padma, P., Rajendran, C., & Lokachari, P. S. (2010). Service Quality and its Impact on Customer Satisfaction in Indian Hospitals: Perspectives of Patients and their Attendants. *Benchmarking: An International Journal*, 807-841.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1985). A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research. *Journal of Marketing*, 41-50.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1988). SERVQUAL: A Multiple-Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality. *Journal of Retailing*.
- Peck, B. M., Ubel, P. A., Roter, D. L., Goold, S. D., Asch, D. A., Jeffreys, A. S., Tulskey, J. A. (2004). Do Unmet Expectations for Specific Tests, Referrals, and New Medications Reduce Patients' Satisfaction? *Journal of General Internal Medicine*, 1080-1087.
- Percival, V., & Sondorp, E. (2010). A Case Study of Health Sector Reform in Kosovo. *Percival and Sondorp Conflict and Health* , 1-14.
- Poor, M. H., Poor, M. A., & Darkhaneh, M. A. (2013). The Quality of Service and its Importance in Service Organizations. *Arabian Journal of Business and Management Review*, 34-37.
- Powell, T. C. (1995). Total Quality Management as Competitive Advantage: A Review and Empirical Study. *Strategic Management Journal*, 15-37.
- Quintana, J. M., González, N., Bilbao, A., Aizpuru, F., Escobar, A., Esteban, C., . . . Thompson, A. (2006). Predictors of Patient Satisfaction with Hospital Health Care. *BMC Health Services Research*, 1-9.
- Rahmqvist, M. (2001). Patient Satisfaction in Relation to Age, Health Status and other Background Factors: A Model for Comparisons of Care Units. *International Journal for Quality in Health Care*, 385-390.
- Ramanujam, P. (2011). Service Quality in Health Care Organisations: A Study of Corporate Hospitals in Hyderabad. *Journal of Health Management* , 177-202.
- Ramsaran-Fowdar, R. R. (2005). Identifying Health Care Quality and Attributes. *Journal of Health and Human Services Administration*, 428-443.
- Raposo, M. L., Alves, H. M., & Duarte, P. A. (2008). Dimensions of Service Quality and Satisfaction in Healthcare: A Patient's Satisfaction Index. *Service Business*, 85-100.
- Rathmel, J. M. (1966). What Is Meant by Services? *Journal of Marketing*, 32-36.

- Ratner, Y., Zendjidian, X. Y., Mendyk, N., I. T., & Ritsner, M. S. (2018). Patients' Satisfaction With Hospital Health Care: Identifying Indicators for People with Severe Mental Disorder. *Psychiatry Research*, 503-509.
- Reed, L. R., & Clark, D. A. (1941). Appraising Public Medical Services. *American Journal of Public Health and the Nation's Health*, 421-430.
- Reidenbach, E. R., & Sandifer-Smallwood, B. (1990). Exploring Perceptions of Hospital Operations by a Modified SERVQUAL Approach. *Journal of Health Care Marketing*, 47-55.
- Rod, M., & Ashill, N. J. (2010). Management Commitment to Service Quality and Service Recovery Performance. *International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing*, 84-103.
- Rorem, R. (1950). Pattern and Problems of Group Medical Practice. *American Journal of Public Health*, 1521-1528.
- Rose, K. H. (2005). *Project Quality Management: Why, What and How*. Florida: J. Ross Publishing; First Edition .
- Rosenfeld, L. S. (1957). Quality of Medical Care in Hospitals. *Quality of Medical Care*, 856-865.
- Roy, S., Sreejesh, S., & Bhatia, S. (2019). Service Quality Versus Service Experience: An Empirical Examination of the Consequential Effects in B2B Services. *Industrial Marketing Management*, 1-18.
- Rust, R. T., & Oliver, R. L. (1994). Service Quality: Insights and Managerial Implications from the Frontier. In R. T. Rust & R. L. Oliver (Eds.), *Service Quality: New Directions in Theory and Practice* (Pp. 1-19). London: Sage.
- Saleh, F., & Ryan, C. (1991). Analysing Service Quality in the Hospitality Industry Using the SERVQUAL Model. *The Service Industries Journal*, 324-345.
- Sayım, F., & Aydın, V. (2011). Hizmet Sektörü Özellikleri ve Sistemik Olmayan Risklerin Sektör Menkul Kıymetleri ile Etkileşimine Dair Teorik Bir Çalışma. *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 245-262.
- Schneider, B., & White, S. S. (2004). *Service Quality: Research Perspectives*. United Kingdom: Sage Publications.
- Schoenfelder, T. (2012). Patient Satisfaction: A Valid Indicator for the Quality of Primary Care? *Primary Health Care* .

- Seawright, K. W., & Young, S. T. (1996). Quality Definition Continuum . *Institute for Operations Research and the Management Sciences* , 107-113.
- Sebastianelli, R., & Tamimi, N. (2002). How Product Quality Dimensions Relate to Defining Quality. *International Journal of Quality & Reliability Management*, 442-453.
- Sen, A. (1999). Health in Development. *Critical Reflection*, 619-623.
- Sewell, N. (1997), "Continuous Quality Improvement in Acute Health Care: Creating a Holistic and Integrated Approach", *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Vol. 10 No. 1, pp. 20-26.
- Shkoza, A. M., & Lekiqi, F. (2012). Sigurimi shëndetësor në Kosovë. *FES Publication*.
- SHSKUK. (2019). *Shërbimi Spitalor Klinik Universitar SHSKUK*. Shërbimi Spitalor Klinik Universitar SHSKUK: <https://shskuk.rks-gov.net/Navbar/IndexStatic/1064> adresinden alındı
- Siddiqui, N., & Khandaker, S. A. (2007). Comparison of Services of Public, Private and Foreign Hospitals from the Perspective of Bangladeshi Patients. *Journal of Health, Population and Nutrition*, 221-230.
- Silvestro, R., Fitzgerald, L., Johnston, R., & Voss, C. (1992). Towards a Classification of Service Processes. *International Journal of Service Industry Management*, 62-75.
- Singh, P. (2013). Comparison of Service Quality between Private and Public Hospitals: Empirical Evidences from Varanasi District in up. *Paradigm*, 37-46.
- Spacey, J. (2017, 04 29). *7 Types of Quality*. 07 12, 2019 tarihinde Simplicable: <https://simplicable.com/new/quality-types> adresinden alındı
- Starfield, B., Shi, L., & Macinko, J. (2005). Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. *The Milbank Quarterly*, 457-502.
- Stuelpnagel, S. T. (1993). *Integrated Product Management*. Quality Digest.
- Taner, T., & Antony, J. (2006). Comparing Public and Private Hospital Care Service Quality in Turkey. *Leadership in Health Services*, 1-10.
- Tengilimoglu, D., Kisa, A., & Dziegielewska, S. F. (1999). Patient Satisfaction in Turkey: Differences between Public and Private Hospitals. *Journal of Community Health*, 73-91.

- Tošić, B., Ruso, J., & Filipović, J. (2018). Quality Management in Healthcare: Concepts, Principles and Standards. *3rd International Conference on Quality of Life* (s. 201-207). Center for Quality, Faculty of Engineering, University of Kragujevac.
- Trifa, D. P., & McQuilken, L. (2001). The Impact of Service Intangibility on Consumer Service Quality Expectations. Retrieved September 5. from [smib.vuw.ac.nz:8081/WW W/ANZMAC2001 /anzmac/AUTHORS/pdfs/Trifa.pdf](http://smib.vuw.ac.nz:8081/WW/W/ANZMAC2001/anzmac/AUTHORS/pdfs/Trifa.pdf) adresinden alındı
- Tuchman, B. W. (1980). The Decline of Quality. *New York Times Magazine*, 38-41.
- UNDP. (2014). *Vlerësim i Rrezikut nga Korrupsioni në Sektorin e Shëndetësisë në Kosovë*. Prishtina: UNDP - Programi i Kombeve të Bashkuara për Zhvillim.
- UNDP. (2019). UNDP. UNDP: <http://www.ks.undp.org/> adresinden alındı
- Vargo, S. L., & Lusch, R. F. (2004). The Four Service Marketing Myths: Remnants of a Goods-Based, Manufacturing Model. *Journal of Service Research*, 324-335.
- Varinli, İ., & Çakır, A. (2004). izmet Kalitesi, Değer, Hasta Tatmini ve Davranışsal Niyetler Arasındaki İlişki – Kayseri’de Poliklinik Hastalarına Yönelik Bir Araştırma. *Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 33-52.
- Vian, T., Grybosk, K., Sinoimeri, Z., & Hall, R. (2006). Informal Payments in Government Health Facilities in Albania: Results of a Qualitative Study. *Social Science & Medicine*, 877-887.
- Villalbí, J., Guarga, A., Pasarín, M., Gil, M., Borrell, C., Ferran, M., & Cirera, E. (1999). An Evaluation of the Impact of Primary Care Reform on Health. *Atencion Primaria*, 468-474.
- Vorley, G., & Tickle, F. (2001). *Quality Management, Principles and Techniques*. Guildford, Quality Management and Training Publication Ltd .
- Wadhwa, S. S. (2002). Customer Satisfaction and Healthcare Delivery Systems: Commentary with Australian Bias. *The Internet Journal of Nuclear Medicine*, 56-64.
- Weheba, G., Cure, L., & Toy, S. (2018). Perceived Dimensions of Healthcare Quality in Published Research. *International Journal of Healthcare Management*, 1-8.
- WHO, W. H. (2018). *A Vision for Primary Health Care in the 21st Century: Towards Universal Health Coverage and the Sustainable Development Goals*. Printed in Kazakhstan: World Health Organization and the United Nations Children’s Fund (UNICEF).

- Williams, B. (1994). Patient Satisfaction: A Valid Concept? *Social Science & Medicine*, 509-516.
- Wisniewski, M. (2001). Using SERVQUAL to Access Customer Satisfaction With Public Sector Services. *Managing Service Quality: An International Journal*, 380-388.
- Wisniewski, M., & Wisniewski, H. (2005). Measuring Service Quality in a Hospital Colposcopy Clinic. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 217-228.
- Wolak, R., Kalafatis, S., & Harris, P. (1998). An Investigation Into Four Characteristics of Services. *Journal of Empirical Generalisations in Marketing Science*, 22-41.
- Yağcı, M. İ., & Duman, T. (2006). Hizmet Kalitesi - Müşteri Memnuniyeti İlişkisinin Hastane Türlerine Göre Karşılaştırılması : Devlet, Özel ve Üniversite Hastaneleri Uygulaması. *Doğuş Üniversitesi Dergisi*, 218-238.
- Yeşilada, F., & Direktör, E. (2010). Health Care Service Quality: A Comparison of Public and Private Hospitals. *African Journal of Business Management*, 962-971.
- Yılmaz, M. (2003). *Kalite Yönetim Sistemlerinin Evrimi ve Toplam Kalite Yönetiminin Bankot Matbaası Genel Müdürlüğünde Uygulanabilirliği*. Ankara: Türkiye Cumhuriyet Bankası, Piyasalar Genel Müdürlüğü.
- Youssef, F. N. (1996). Health Care Quality in NHS Hospitals. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 15-28.
- Zamil, A. M., Areiqat, A. Y., & Tailakh, W. (2012). The Impact of Health Service Quality on Patients' Satisfaction over Private and Public Hospitals in Jordan: A Comparative Study. *International Journal of Marketing Studies*, 123-137.
- Zeithaml, V. A., & Bitner, M. J. (1996). *Services Marketing*. New York: The McGraw-Hill Companies, Inc.
- Zeithaml, V. A., Berry, L. L., & Parasuraman, A. (1993). The Nature and Determinants of Customer Expectations of Service . *Journal of the Academy of Marketing Science* , 1-12.
- Zeithaml, V. A., Berry, L. L., & Parasuraman, A. (1996). The Behavioral Consequences of Service Quality. *Journal of Marketing*, 31-46.
- Zeithaml, V. A., Bitner, M. J., & Gremler, D. D. (2009). *Service Marketing: Integrating Costumer Focus Accros the Firm*. New York: Mc-Graw-Hill.

- Zeithaml, V. A., Parasuraman, A., & Berry, L. L. (1985). Problems and Strategies in Services Marketing. *Journal of Marketing*, 33-46.
- Zeithaml, V. A., Parasuraman, A., & Berry, L. L. (1990). *Delivering Quality Service: Balancing Customer Perceptions and Expectations*. New York: The Free Press.
- Zerenler, M., & Ögüt, A. (2009). Sağlık Sektöründe Algılanan Hizmet Kalitesi ve Hastane Tercih Nedenleri Araştırması: Konya Örneği. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 501-519.
- Zineldin, M., Camgoz-Akdag, H., & Vasicheva, V. (2011). Measuring, Evaluating and Improving Hospital Quality Parameters/Dimensions – An Integrated Healthcare Quality Approach. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 654-662.

EK 1. ANKET FORMU

Sayın İlgili,

Tarafımdan gönderilen bu anketi okumak üzere zaman ayırmanızdan dolayı teşekkür ediyorum.

Adım Sadat Uka; T.C. Ömer Halisdemir Üniversitesi İşletme Yönetimi Bilim Dalında doktora tezimi hazırlamaktayım. Çalışmakta olduğum tezin konusu Kosova’da sağlık sektörü hizmet kalitesinin ölçümü ve Kosova-Türkiye arasında karşılaştırmaları ele almaktır. Bu anketin doldurulması doktora tezimde yer vereceğim verilerin toplanması açısından büyük önemi haizdir.

Tamamlanması 5-7 dakikalık zamanınızı alacak olan bu kısa anketi cevaplayarak tarafıma sunacağınız katkı takdirle karşılanacaktır. Ankete vereceğiniz cevaplar gizli kalacak ve burada vereceğiniz cevaplardan hiçbirisi herhangi bir kovuşturma konusu olmayacaktır. Sunacağın bilgilerin hepsi mutlak surette saklı kalacaktır.

Çalışmamın araştırma kısmının devam edebilmesi için bu anketi __/__/__ tarihine kadar cevaplamanız son derece yararlı olacaktır.

Olası soru ve yorumlarınız için sadatuka1@gmail.com adresinden veya +37744807382 numaralı telefondan benimle irtibata geçmeniz rica olunur.

Doğru veya yanlış cevapların bulunmadığını unutmayınız.

Yardımlarınızdan dolayı şimdiden teşekkürlerimi sunarım.

Saygılarımla,

Sadat Uka

Tedavi gördüğünüz hastane türü?	
Devlet hastaneleri ☐	Özel Türk hastaneleri ☐

Hastaneyi tercih nedenleri?					
Eski hastaların tavsiyesi ☐	Eski hastası olma ☐	Hastanede bir yakının çalışması ☐	Daha temiz, bakımlı ve modern bir hastane olması ☐	Rasgele kendi seçimi ☐	Diğer ☐

1-35’e kadar ifadeler bulunduğu hastanenin kalitesini ölçmeye yöneliktir. Lütfen aşağıdaki özelliklerden ne kadar memnun olduğunuz düzeyinizi belirtiniz: (1) Hiç memnun değilim (2) Memnun değilim, (3) Ne memnunum ne de memnun değilim (4) Memnunum, (5) Çok memnunum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Randevu veya sıra alma kolaylığından	☐	☐	☐	☐	☐
Kayıt işlemlerinin hızından	☐	☐	☐	☐	☐
Tedavinizin zamanında ve doğru yapılmasından	☐	☐	☐	☐	☐
Doktorların sizi dinlemek için ayırdığı zamandan	☐	☐	☐	☐	☐
Doktorların size ilgi ve yakınlık göstermesinden	☐	☐	☐	☐	☐
Sizin doktora güven duymasından	☐	☐	☐	☐	☐
Doktorların size gösterdikleri nezaket düzeyinden	☐	☐	☐	☐	☐

1-35'e kadar ifadeler bulunduğun hastanenin kalitesini ölçmeye yöneliktir. Lütfen aşağıdaki özelliklerden ne kadar memnun olduğunuz düzeyinizi belirtiniz: (1) Hiç memnun değilim (2) Memnun değilim, (3) Ne memnunum ne de memnun değilim (4) Memnunum, (5) Çok memnunum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Doktorların uygulanan tetkik, tedavi ve hastalığınız hakkında sizi bilgilendirmelerinden	☐	☐	☐	☐	☐
Tetkik ve tedavinin doğru yapıldığına güven duymanızdan	☐	☐	☐	☐	☐
Hemşirelerin size ilgi ve yakınlık göstermesinden	☐	☐	☐	☐	☐
Hemşirelerin size gösterdikleri nezaket düzeyinden	☐	☐	☐	☐	☐
Hemşirelerin sizi dinlemeleri ve anlamalarından	☐	☐	☐	☐	☐
Sizin hemşireye güven duymanızdan	☐	☐	☐	☐	☐
Hemşirelerin el becerilerinden	☐	☐	☐	☐	☐
Mahremiyetinize gösterilen hassasiyetten	☐	☐	☐	☐	☐
İhtiyaçlarınıza gösterilen ilgiden	☐	☐	☐	☐	☐
Hastanedeki ortamın gürültüsüz olmasından	☐	☐	☐	☐	☐
Hastanenin genel temizliğinden	☐	☐	☐	☐	☐
Sizin odalarının aydınlatılmasından	☐	☐	☐	☐	☐
Hastanenin iletişim olanaklarından	☐	☐	☐	☐	☐
Hastanenin ziyaret saatlerinden	☐	☐	☐	☐	☐
Çarşafların temizliğinden	☐	☐	☐	☐	☐
Odalarınızın temizliğinden	☐	☐	☐	☐	☐
Hastanenin işaret levhalarından	☐	☐	☐	☐	☐
Sizin odalarının havalandırılmasından	☐	☐	☐	☐	☐
Yataklarınızın rahatlığından	☐	☐	☐	☐	☐
Uygulanan fiyatların bütçeye uygunluğundan	☐	☐	☐	☐	☐
Hastane yemeklerinin dağıtılmasından	☐	☐	☐	☐	☐
Hastanenin kantin hizmetlerinden	☐	☐	☐	☐	☐
Hastanenin ulaşımından	☐	☐	☐	☐	☐
Muayene olabilmek için beklenen süreden	☐	☐	☐	☐	☐
Laboratuvar ve diğer tıbbi hizmetlerden kolayca yararlanmadan	☐	☐	☐	☐	☐
Teçhizatların görünümünden	☐	☐	☐	☐	☐
Çalışanların temiz görünümünden	☐	☐	☐	☐	☐
Binaların/odaların görünümünden	☐	☐	☐	☐	☐

(1) Hiç memnun değilim (2) Memnun değilim, (3) Ne memnunum ne de memnun değilim (4) Memnunum, (5) Çok memnunum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Tedavi gördünüz hastaneden genel olarak ne kadar memnunsunuz:	☐	☐	☐	☐	☐

Cinsiyetiniz?	
Erkek ☐	Kadın ☐

Yaşınız?			
25'ten az ☐	25-39 ☐	40-54 ☐	55 ve üzeri ☐

Eğitim durumunuz?			
İlköğretim ☐	Lise ☐	Lisans ☐	Y.Lisans/ Doktora ☐

Mesleğiniz?							
Çiftçi ☐	Memur ☐	Serbest Meslek ☐	Ev Hanımı ☐	İşçi ☐	Öğrenci ☐	Emekli ☐	İşsiz ☐

Medeni durumunuz?	
Bekar ☐	Evli ☐

Aylık geliriniz?				
0-300 euro ☐	301-600 euro ☐	601-900 euro ☐	901-1200 euro ☐	1200 euro + ☐

ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı ve Soyadı
Doğum Yeri ve Tarihi
Medeni Hali
İletişim Bilgileri

: Sadat UKA
: 02 Temmuz 1980
: Evli, 2 Çocuk Sahibi
: sadat.uka@atk-ks.org
+377 44/ 807-382 (GSM)



EĞİTİM

1996-2000
2000-2004
2004-2008

Marin Biçikemi Teknik Lisesi
Priştine Üniversitesi İktisat Bölümü
Priştine Üniversitesi İktisat Ana Bilim Dalı İşletme ve İstatistik
Yüksek Lisans Programı

İŞ DENEYİMİ

2007
2003-2008
2008-2011

2011
2011-2016

2016-devam

Merkez Seçim Komisyonu – KQZ
N.P. Kosova Phone – Genel Müdür
Maliye Bakanlığı Kosova Vergi İdaresi – Şans Oyunların Denetleme
Müfettişi
Maliye Bakanlığı Kosova Vergi İdaresi – Mesleki Standartlar Uzmanı
Maliye Bakanlığı Kosova Vergi İdaresi (KVI) – KVI-DLF Sektör
Yöneticisi
Priştine Bölge Müdürlüğü Teftiş ve Ziyaret Ekibi Müdürü

YABANCI DİL

Arnavutça
Türkçe
İngilizce

Anadil
Tömer C1
TOEFL

