

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
HASTANE VE SAĞLIK KURULUŞLARINDA YÖNETİM
BİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HİZMET KALİTESİNİN SERVQUAL MODELİ
İLE ÖLÇÜLMESİ: İSTANBUL İLİ BİR AİLE
SAĞLIĞI MERKEZİ ÖRNEĞİ

ASLI SEDEF KIRAÇ

2501130336

TEZ DANIŞMANI: DR. ÖĞR. ÜYESİ SELMA SÖYÜK

İSTANBUL - 2019



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ



YÜKSEK LİSANS
TEZ ONAYI

ÖĞRENCİNİN;

Adı ve Soyadı : ASKI SEDEF KIRAÇ Numarası : 2501130336
Anabilim Dalı / Anasanat Dalı / Programı : HASTANE VE SAĞLIK KURULUŞLARINDA YÖNETİM Danışmanı : DR.ÖĞR.ÜYESİ SELMA SÖYÜK
Tez Savunma Tarihi : 27.06.2019 Saati : 11:00
Tez Başlığı : HİZMET KALİTESİNİN SERQUAL MODELİ İLE ÖLÇÜLMESİ: İSTANBUL İLİ BİR AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ ÖRNEĞİ

TEZ SAVUNMA SINAVI, İÜ Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliği'nin 36. Maddesi uyarınca yapılmış, sorulan sorulara alınan cevaplar sonunda adayın tezinin KABULÜNE OYBİRLİĞİ / ÇYOKLUĞULA karar verilmiştir.

JÜRİ ÜYESİ	İMZA	KANAATİ (KABUL / RED / DÜZELTME)
1-PROF.DR.AHMET KÖSE		Kabul
2-PROF.DR.ÖZGÜR ASLAN		Kabul
3-DR.ÖĞR.ÜYESİ SELMA SÖYÜK		KABUL

YEDEK JÜRİ ÜYESİ	İMZA	KANAATİ (KABUL / RED / DÜZELTME)
1-PROF.DR.MUHEŞEM BARAN		
2-PROF.DR.HAYDAR SUR		

ÖZ

Hizmet Kalitesinin Servqual Modeli İle Ölçülmesi: İstanbul İli Bir Aile Sağlığı Merkezi Örneği ASLI SEDEF KIRAÇ

Bireyin fiziksel, psikolojik ve sosyal sağlığının korunması, iyileştirilmesi ve sürekliliğinin sağlanması yolu ile toplumsal refah ve mutluluk düzeyinin artırılması amacıyla yürütülen sağlık hizmetlerinin sunumunda kalite önemli unsurlardan bir tanesidir. Sağlık işletmeleri sundukları hizmetlerin müşteriler tarafından nasıl algılandığını sürekli olarak değerlendirmekte ve elde edilen sonuçlar çerçevesinde iyileştirme faaliyetleri ortaya koymaktadır. Bu noktadan hareketle hazırlanan araştırmada İstanbul'da bulunan bir aile sağlığı merkezi tarafından sunulan sağlık hizmetleri kalitesinin SERVQUAL modeli çerçevesinde araştırılması amaçlanmıştır. Araştırmanın amacı doğrultusunda 1000 kişiden oluşan örnekleme kişisel bilgi formu ile birlikte SERVQUAL ölçeği uygulanmıştır. Araştırma verilerinin analizinde SPSS 22.00 kullanılmış olup, elde edilen bulgular %5 anlamlılık düzeyi ve %95 güven aralığında değerlendirilmiştir.

Araştırmadan elde edilen bulgulara göre sunulan sağlık hizmetlerinin fiziksel özellikler, güvenilirlik, heveslilik ve güven faktörlerine ilişkin hasta beklentileri karşılanmamaktadır. Bununla birlikte sağlık hizmetleri kalitesinin empati faktöründe müşteri beklentileri karşılanmaktadır. Sosyodemografik özellikler açısından yapılan değerlendirme sonuçlarına göre algılanan güven lise ve üniversite mezunu katılımcılarda anlamlı şekilde yüksek iken, beklenen empati okur-yazar ve ilköğretim mezunu grupta daha yüksektir. Diğer taraftan düşük gelir düzeyindeki katılımcılarda güvenilirlik ve heveslilik faktörlerine ilişkin beklentilerle birlikte beklenen hizmet kalitesi toplam puanı da yüksek bulunmuştur. Elde edilen bulgular çerçevesinde müşteri beklentilerinin karşılanması için hizmet kalitesi artırma çalışmalarının yapılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hizmet, kalite, algılanan hizmet kalitesi, sağlık işletmeleri, SERVQUAL Ölçeği.

ABSTRACT

Measurement of Service Quality with Servqual Model: A Case Study of a Family Health Center in Istanbul ASLI SEDEF KIRAÇ

Quality is one of the important elements in the provision of health services to increase the level of social welfare and happiness through the protection, improvement and continuity of the physical, psychological and social health of the individual. Health businesses continuously evaluate how their services are perceived by customers and reveals improvement activities within the framework of the results obtained. The aim of this study was to investigate the quality of health services offered by a family health center in Istanbul within the frame of SERVQUAL model. For the purpose of the study, SERVQUAL scale was applied together with the sampling personal information form consisting of 1000 people. SPSS 22.00 was used in the analysis of the research data and the findings were evaluated at 5% significance level and 95% confidence interval.

According to the findings obtained from the study, the patient expectations of the physical features, reliability, enthusiasm and trust factors of the health services offered are not met. However, customer expectations are met in the empathy factor of health care quality. According to the results of the evaluation made in terms of sociodemographic characteristics, the perceived confidence is significantly higher in high school and university graduate participants, while the expected empathy is higher in the literate and elementary school graduates. On the other hand, expectations of reliability and enthusiasm factors in low-income participants as well as expected total service quality total score were also high. Within the framework of the findings, it is recommended to increase the service quality in order to meet customer expectations.

Keywords: Service, quality, perceived service quality, health enterprises, SERVQUAL scale.

ÖNSÖZ

Tezimin her aşamasında sabırla ve destekleri ile yanımda olan, kendisine ihtiyaç duyduğum her zaman bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan ve her zaman ve her koşulda beni motive eden tez danışmanım Sayın Dr. Öğr. Üyesi Selma Söyük'e bana olan inancı ve anlayışı için sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Bu çalışmam süresince yanımda olan ve her zaman maddi ve manevi desteğini esirgemeyen çok değerli aileme tüm içtenliğimle teşekkür ederim.

İstanbul, 2019

Aslı Sedef Kıracı

ÖZ	iv
ABSTRACT	v
ÖNSÖZ	vi
İÇİNDEKİLER	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
TABLolar LİSTESİ	x
ŞEKİLLER LİSTESİ	xi
KISALTMALAR LİSTESİ	xii
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM

HİZMET VE HİZMET SEKTÖRÜNDE KALİTE

1.1. Hizmet Kavramı	4
1.1.1. Hizmetin Temel Özellikleri.....	5
1.1.2. Hizmeti Maldan Ayıran Özellikler.....	5
1.1.3. Hizmetlerin Sınıflandırılması.....	8
1.2. Hizmet Sektöründe Kalite	11
1.2.1. Kalite Kavramı	11
1.2.2. Hizmet Kalitesi.....	12
1.2.3. Hizmet Kalitesini Ölçmede Dikkate Alınan Hizmet Faktörleri.....	13
1.2.3. Hizmet Kalitesi Modelleri.....	16
1.2.3.1. Toplam Algılanan Kalite Modeli	16
1.2.3.2. Hizmet Kalitesi Boşluk Modeli.....	17
1.2.3.3. 4Q Modeli	20
1.2.3.4. İyi ve Kötü Halkalar Modeli	20
1.2.4. Hizmet Kalitesinin Ölçülmesi	21
1.2.4.1. Hizmet Kalitesinin Ölçümünde Kullanılan Ölçekler	21
1.2.4.2. Hizmet Kalitesinin Ölçümünde SERVQUAL Ölçeği.....	21

İKİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK SEKTÖRÜ VE SAĞLIK SEKTÖRÜNDE HİZMET KALİTESİ

2.1. Sağlık Hizmetleri	25
2.1.1. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri	26
2.1.2. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması	28
2.2. Türkiye’de Sağlık Hizmetleri.....	29
2.2.1. Türkiye’de Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri	30
2.2.2. Türkiye’de İkinci ve Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri	32
2.3. Sağlıkta Dönüşüm ve Aile Hekimliği Sistemi	34
2.3.1. Sağlıkta Dönüşüm	34
2.3.2. Aile Hekimliği Sistemi.....	37
2.3.2.3. Aile Hekimi (AH)	40
2.3.2.4. Aile Hekimliğinde Çekirdek Yeterlilikler.....	42
2.3.2.5. Aile Sağlığı Elemanı (ASE)	43
2.3.2.6. Toplum Sağlığı Merkezi (TSM).....	44
2.3.2.7. Aile Hekimliği Sistemine Yönelik Eleştiriler	44
2.4. Sağlık Hizmetlerinde Kalite	46
2.4.1. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Kavramı	47
2.4.2. Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetimi	49
2.4.3. Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Uygulamasının Sağlayacağı Yararlar	50
2.5. Müşteri (Hasta) Ve Müşteri (Hasta) Memnuniyeti	51
2.5.1. Müşteri (Hasta) Memnuniyeti ve Önemi	52
2.5.2. Müşteri Memnuniyeti ve Hizmet Kalitesi ilişkisi	53
2.5.3. Müşteri (Hasta) Tatminini Etkileyen Faktörler.....	54
2.5.4. Müşteri (Hasta) Memnuniyetinin Ölçülmesi	56
2.6. Sağlık Hizmetlerinde SERVQUAL Ölçeğinin Uygulanması	59
2.7. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi İle İlgili Çalışmalar.....	61
2.8. SERVQUAL ile Yapılan Araştırma Bulguları.....	64

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı	67
3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	67
3.3. Araştırmanın Varsayımları.....	68
3.4. Araştırmanın Sınırlılıkları	68
3.5. Veri Toplama Araçları	68
3.6. Araştırmanın Modeli ve Hipotezler	71
3.7. Verilerin Analizi.....	72

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

4.1. Katılımcıların Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular	74
4.2. Hipotezlerin Test Edilmesi.....	74
4.3. Algılanan ve Beklenen Hizmet Kalitelerinin Katılımcıların Cinsiyet, Eğitim Düzeyi ve Gelir Durumuna Göre Farklılaşması.....	80

TARTIŞMA VE SONUÇ.....	87
-------------------------------	-----------

KAYNAKÇA	93
-----------------------	-----------

EKLER.....	109
-------------------	------------

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1: Hizmet Sektöründeki Büyümenin Nedenleri.....	3
Tablo 2: Hizmetin Tarihsel Tanımları.....	4
Tablo 3: Mal ve Hizmet Arasındaki Farklar	6
Tablo 4: Farklı Hizmet Sınıflandırmaları.....	8
Tablo 5: Rosander’ın Hizmet Kalitesi Grupları	13
Tablo 6: SERVQUAL Ölçeğinde Yer Alan Hizmet Kalitesi Boyutları ve Boyutlara Denk Düşen Soru Önergeleri	23
Tablo 7: Yıllara Göre Sağlık Bakanlığı Birinci Basamak Kuruluşları.....	30
Tablo 8: Sektörlere Göre Hastane Sayısı	33
Tablo 9: Sektörlere Göre Hastane Yatağı Sayısı.....	33
Tablo 10: Sağlıkta Dönüşüm Programı	36
Tablo 11: Sağlık Ocağı ve Aile Hekimliği Dönemlerinin Karşılaştırılması	45
Tablo 12: Sağlık İşletmelerinde Kullanılan SERVQUAL Ölçeğinde Yer Alan Hizmet Kalitesi Boyutları ve Bunlara Denk Gelen Soru Önergeleri.....	60
Tablo 13: Beklenen Kaliteye İlişkin Betimleyici İstatistikler Tablosu	70
Tablo 14: Algılanan Kaliteye İlişkin Betimleyici İstatistikler Tablosu	70
Tablo 15: Katılımcıların Demografik Özellikleri.....	74
Tablo 16: Fiziksel Özelliklere Yönelik Memnuniyet Düzeyi	75
Tablo 17: Güvenilirliğe Yönelik Memnuniyet Düzeyi	76
Tablo 18: Hevesliliğe Yönelik Memnuniyet Düzeyi	77
Tablo 19: Güvene Yönelik Memnuniyet Düzeyi	78
Tablo 20: Empatiye Yönelik Memnuniyet Düzeyi	79
Tablo 21: Algılanan Hizmet Kalitesinin Cinsiyete Göre Farklılaşması.....	81
Tablo 22: Algılanan Hizmet Kalitesinin Eğitim Durumuna Göre Farklılaşması.....	82
Tablo 23: Algılanan Hizmet Kalitesinin Gelir Düzeyine Göre Farklılaşması	83
Tablo 24: Beklenen Hizmet Kalitesinin Cinsiyete Göre Farklılaşması	84
Tablo 25: Beklenen Hizmet Kalitesinin Eğitim Durumuna Göre Farklılaşması	85
Tablo 26: Beklenen Hizmet Kalitesinin Gelir Düzeyine Göre Farklılaşması.....	86

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1: Toplam Algılanan Kalite Modeli	16
Şekil 2: Hizmet Kalitesi Boşluk Modeli.....	18
Şekil 3: Müşterinin Algıladığı Kalite ve Müşteri Tatmini	54



KISALTMALAR LİSTESİ

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ASM	: Aile Sağlığı Merkezi
SDP	: Sağlıkta Dönüşüm Programı
TTB	: Türk Tabipler Birliği



GİRİŞ

İnsanların daha sağlıklı ve uzun yaşama istekleri, hak ve sorumluluklarına karşı bilinçlenmeleri, insan hakları kavramının giderek her ortamda yerini bulması, bunların yanında teknolojinin hızla yükselmesi, özel sağlık kuruluşlarının artmasıyla birlikte yüksek rekabet ortamı ve sağlık hizmetleri maliyetlerinin, özellikle kâr amaçlı kurumlarda, düşürülmeye çalışılması gibi nedenlerle, kaliteli sağlık hizmeti anlayışı ortaya çıkmıştır. Sağlık hizmetleri alanında kalite, bir hizmete en fazla ihtiyaç duyan kişilerin gereksinimleri, örgüte en az maliyet getirecek şekilde, satın alıcılar ve daha yüksek otoriteler tarafından belirlenen direktifler ve sınırlar içerisinde karşılamaktır (Kaya, 2005: 13).

Müşteri memnuniyeti hizmet kalitesinin en önemli belirleyicisidir. Müşterinin alınan hizmetten yüksek memnuniyet duyması, hizmet alınan kuruma bağlılık duymayı ve bu kurumu başka insanlara da tavsiye etmesini sağlamaktadır. Sağlık kurumlarında müşteri memnuniyet düzeyini, tüm hizmet sektörlerinde olduğu gibi müşterinin algıları ile beklentileri arasındaki fark belirlemektedir. Sunulan sağlık hizmetiyle ilgili algıların beklentilerden yüksek olduğu durumlarda, memnuniyet de yüksek olmaktadır. Beklentiler algılardan yüksek olursa da, memnuniyet düzeyi düşmektedir (Kızıl, Akman ve Öztürk, 2015).

Beklentiler, bir müşterinin sağlık kurumlarında görmek istediği ya da aradığı özelliklerdir. Bu beklentiler, müşterinin kişilik yapısı, kültürel ve sosyal özellikleri, eğitim düzeyi, cinsiyet, yaş, sağlık kurumları ve sağlık hizmetiyle ilgili daha önceki deneyimlerine göre değişebilmektedir. Sağlık kurumlarıyla ilgili müşterilerin edindikleri algıların kişilik yapısı, kültürel ve sosyal özellikler, önceki deneyimler, eğitim, cinsiyet ve yaşa göre değişebilmektedir (Taşlıyan ve Sibel, 2012).

Bu noktadan hareketle hazırlanan çalışmada, İstanbul'da bir aile sağlığı merkezi tarafından sunulan hizmet kalitesinin, SERVQUAL modeli ile ölçülmesi hedeflenmiştir. Araştırmada, ASM hastalarının algıladıkları ve bekledikleri hizmet kalitesi arasındaki fark değerlendirilerek, ASM'nin hizmet kalitesinin yeterli olup olmadığı tartışılmıştır.

Bu çalışma da asıl olan sunulan hizmetin kalitesinden çok hastanın kendisine verilen hizmeti nasıl algıladığıdır. Ancak literatürde yapılan önceki çalışmalarda

genellikle hizmetin kalitesiyle, msterinin aldığı hizmetten memnuniyet düzeyi birbirlerinin yerine kullanılan kavramlar olduğundan, araştırmada, öncelikle hizmet ve hizmet kalitesi kavramları üzerinde durulmuştur. Daha sonra sağlık hizmetleri, sağlık hizmetlerinde kalite ve müşteri memnuniyeti kavramları üzerinde yapılan çalışmalar incelenmiştir. Uygulama bölümünde ise, İştanbul'da bir aile sağlığı merkezine başvuran hastalara uygulanan anketin istatistiki sonuçlarına ve bu sonuçlar üzerindeki değerlendirmelere yer verilmiştir.



BİRİNCİ BÖLÜM

HİZMET VE HİZMET SEKTÖRÜNDE KALİTE

Tarım ve endüstri sektörlerinin yerlerini hızla hizmet sektörlerine bırakmasıyla birlikte hizmet sektörü, 1900’lü yılların başından bu yana dünya ekonomisi içinde büyük bir paya sahip olmuştur. Sürekli değişen yaşam koşulları, artan teknoloji ve imalat sektöründe de firmaların rekabet avantajı yaratma çabaları hizmet sektörünün ekonomilerde ağırlık kazanmasına neden olmuştur. Değişen yaşam koşullarına bağlı olarak hizmet sektöründeki büyümenin nedenleri Tablo 1’de verilmiştir.

Tablo 1: Hizmet Sektöründeki Büyümenin Nedenleri

1	Zenginlikteki artış.	Tüketicilerin daha önce kendilerinin yaptığı bahçe bakımı, halı temizleme gibi hizmetlerin dışarıdan sağlanması.
2	Daha fazla boş vakit.	Seyahat acentaları, konaklama tesisleri, yetişkin eğitim kurslarına talebin artması.
3	İşgücünde kadınların oranındaki artış.	Gündüz çocuk bakımı, temizlik, dışarıdan yemek hizmetlerine talebin artması.
4	Standartları daha yüksek hayat beklentisi.	Sağlık hizmetlerine ve ev hemşireliğine talebin artması.
5	Ürünlerin daha karmaşık olması.	Arabalar, ev bilgisayarları gibi ürünlerin bakım ve onarımı için nitelikli elemana talebin artması.
6	Hayat karmaşıklığının artması.	Muhasebeciler, evlilik danışmanları, hukuk danışmanları ve istihdam hizmetleri için talebin artması.
7	Ekoloji ve kaynakların kıtlığına daha çok önem verilmesi.	Kaynak kıtlığı nedeniyle satın almak yerine kiralamanın artması
8	Yeni ürünlerin sayısının artması.	Programlama, onarım ve zaman paylaşımı gibi bilgisayara dayalı hizmetlerin artması.

Kaynak: Öztürk, 1998: 15

Teknolojinin sürekli değişmesiyle, özellikle haberleşme ve bilgi teknolojisindeki gelişmeler, hizmet sektörünün gelişimine de büyük katkı sağlamaktadır. Firmaların rekabet avantajı oluşturmak için ürün kadar, satış sonrası hizmetler, esneklik, ürün dağıtımının hızı ve tüketici probleminin çözülmesi gibi konulara ağırlık vermesi de yine hizmet sektörünün gelişmesinde etkilidir.

Günümüzde hizmet endüstrilerine, ekonomik gelişmenin en önemli unsuru şeklinde yaklaşılmakta, özellikle endüstriye teknik yardım, kamu hizmetleri, eğitim,

sağlık hizmetleri, finansman, ulaşım, haberleşme, ticaret gibi alanlara odaklanılmaktadır (Kotler ve Armstrong, 2001: 317).

Hizmet sektörü yukarıda da değinildiği gibi birbirinden çok farklı birçok alana yayıldığından, onun faaliyet konularını kesin çizgilerle belirlemek ve tanımlamak oldukça zordur. Bu bölümde hizmet sektörüyle ilgili temel kavramlar ve hizmet sektöründe kalite kavramı üzerinde literatürde daha önce yapılmış çalışmalar incelenmiştir.

1.1. Hizmet Kavramı

Hizmetle ilgili tanımlara bakarken, ilk olarak geçmişte nasıl tanımlandığına bakmak daha doğru olacaktır.

Tablo 2: Hizmetin Tarihsel Tanımları

Fizyokratlar	(-1750)	Tarımsal üretim dışındaki tüm faaliyetlerdir.
Adam Smith	(1753-1790)	Somut bir ürünle sonuçlanmayan tüm faaliyetlerdir.
J.B.Say	(1767-1832)	Ürünlere fayda ekleyen tüm imalat dışı faaliyetlerdir.
Alfred Marshall	(1842-1924)	Yaratıldığı anda varlık bulan mallar (hizmetler)
Batı Ülkeleri	(1925-1960)	Bir malın biçiminde değişikliğe yol açmayan hizmetler
Çağdaş		Bir malın biçiminde değişikliğe yol açmayan bir faaliyet

Kaynak: Tengilimoğlu, 2010: 43

Hizmet kavramı Tablo 2'deki tanımlardan başka, günümüzde de araştırmacılar tarafından çeşitli şekillerde tanımlanmıştır. Tanımların birbirinden farklı olması, hizmetin zor tanımlanabilen ve sübjektif bir kavram olmasından dolayıdır (Ardıç, 1998: 13). Aşağıda literatürde yer alan hizmet tanımlarına yer verilmiştir:

Hizmet, alıcılar için, hiçbir mülkiyeti doğurmayan, temelde soyut, fayda ve tatmin sağlayan faaliyetlerden meydana gelir (Kotler ve Armstrong, 2001: 291).

Hizmetler, Johnson, MacMillan, ve Allen'a göre, somut olmadığı halde, dokunulabilen, görülebilen, hissedilebilen şeylerdir (Zeithaml ve Bitner, 1996: 5).

Hizmet, en basit şekliyle performans, süreç ve eylem şeklinde tanımlanabilir. Ayrıca hizmet, sadece hizmet alanında değil, üretim sektöründe de tamamlayıcı unsur işlevine sahiptir (Zeithaml ve Bitner, 1996: 5). Collier'e (1990) göre hizmet, üretimi

yapılan yerde tüketimi de yapılan bir eylem ya da iş, performans, çaba veya sosyal olaydır (aktaran: Öznalbant, 2010: 3).

Hizmet, tüketici ihtiyaçlarını tatmin etmek amacıyla oluşturulan, bir maddi niteliğe sahip olmayan bir ürün şeklindedir (Devebakan ve Aksaraylı, 2003). Hizmet, müşteriyle hizmet sunucusu kurum ya da kişilerin karşılıklı olarak birbiriyle diyalog kurmasını gerektiren sosyal bir faaliyettir (Tarım, 2009: 66).

1.1.1. Hizmetin Temel Özellikleri

Bir işletme, hizmet sunumuyla ilgili pazarlama stratejisini belirlerken, onun başlıca dört özelliğini göz önünde bulundurmalıdır. Bunlar, soyutluk (intangibility), değişkenlik (variability), ayrılmazlık (inseparability), ve dayanmazlıktır (stoklanamamazlık) (perishability) (Kotler ve Armstrong, 2001: 317).

Soyutluk (Intangibility): Hizmetler satın alınmadan önce beş duyuyla hissedilemezler (Kotler ve Armstrong, 2001: 318). Hizmet davranışlar ile ortaya konulabilen bir faaliyettir ve onun fiziki bir boyuta sahip değildir (Ardıç, 1998: 14).

Değişkenlik (Variability): Hizmetin kalitesi, kim tarafından, ne zaman, nerede ve nasıl üretildiğine bağlı olarak büyük farklılıklar gösterir (Kotler ve Armstrong, 2001: 318). Hizmetler, belirli standartlara sahip değildir ve birbirlerinden oldukça farklıdır (Ardıç, 1998: 14).

Ayrılmazlık (Inseparability): Hizmette çoğu zaman eşzamanlı üretim ve tüketim söz konusudur. Bu nedenle üretici ve tüketici etkileşimi yüksektir.

Dayanmazlık (Perishability): Hizmeti, satıştan veya kullanımdan sonra stoklamak mümkün değildir (Kotler ve Armstrong, 2001: 318). Hizmet sektöründe arz ve talep eşzamanlı gerçekleşir. Hizmet müşteriye sunulduğu anda tükenir. Bu nedenle stoklanamaması bir problem değildir.

1.1.2. Hizmeti Maldan Ayıran Özellikler

Hizmeti maldan ayıran başlıca özellikler Tablo 3'te verilmiştir.

Tablo 3: Mal ve Hizmet Arasındaki Farklar

Mal	Hizmet
Dokunulabilir (Somut)	Dokunulamaz (Soyut)
Homojendir	Heterojendir
Üretimi ve dağıtımı, tüketimden ayrıdır	Üretim ve tüketim eş zamanlıdır
Stoklanabilir	Stoklanamaz
Son tüketici ile temas düşüktür	Müşteri ile temas yüksektir
Sermaye yoğunudur	İşgücü yoğunudur
Kalite ölçümü kolaydır	Kalite ölçümü zordur
Karmaşık ve birbiriyle ilişkili işlemler vardır	Basit işlemler vardır
Talep haftalık, aylık ve mevsimlidir	Talep saatlik, günlük ve haftalıktır
Faaliyet gösteren pazarlar bölgesel, ulusal ve uluslararasıdır	Faaliyet gösterilen pazarlar bölgeseldir
Sistemin yerleşimi, bölgesel, ulusal ve uluslar arası pazarlarla ilişkilidir	Yerleşim yöresel tüketicilerin yerleşimine bağlıdır

Kaynak : Seyran, 2004: 19

Hizmetler Soyuttur: Hizmetler, mallar gibi tüketiciye sunulmadan önce, elle tutulabilir, hissedilebilir, görülebilir, duyulabilir şeyler değildir. Mallar satın alındığında, tüketici, kalite konusunda bir karara varmak için pek çok somut ipucu (paket, etiket, sertlik, renk, stil gibi) kullanabilmektedir. Bir hizmet satın alındığı zamansa somut ipucu daha azdır. Pek çok durumda somut delil, hizmet veren tarafın; teçhizatı, fiziksel tesisleri ve personeliyle sınırlıdır (Parasuraman ve ark., 1985)

Hizmetler Heterojendir: Hizmet kalitesi, kontrol edilemeyen birçok faktöre bağlıdır (Zeithaml ve Bitner, 1996: 19). Hizmetler, üreticiye, mekâna, zamana, nasıl üretildiklerine ve tüketicilerin tatmin düzeylerine göre, farklılıklar gösterebilir.

Hizmette Üretim ve Tüketim Eşzamanlıdır: Birçok mal önce üretilip, sonra satılıp en sonunda tüketilirken, hizmette üretim ve satış işlemi yer değiştirir. Hizmet önce satılır, sonra üretilir ve yine en son tüketilir. Ancak tüketim, somut bir üründe, farklı bir zaman ve yerde yapılabilirken, hizmette çoğunlukla, hizmet üretiminin yapıldığı zaman ve yerde gerçekleşir (Zeithaml ve Bitner, 1996: 19).

Hizmetler Stoklanamazlar: Hizmetler saklanamaz, stoklanamaz, yeniden satılamaz veya iade edilemezler (Zeithaml ve Bitner, 1996: 21). Hizmetlerde üretim ve tüketime eş zamanlı gerçekleşmesiyle, hizmetlerin stoklanamaması birbirini tamamlayan ve birbirine neden olan iki faktördür.

Hizmetlerde Müşteri Teması Yüksek: Hizmet üretimi yapan sistemlerde temas derecesi yüksek olmaktadır. Pek çok durumda müşteriler de dönüşüm sürecine dahildir. Öğrenciler, öğrenim sürecindedir. Hastalar, tedavi ve teşhis süreci içerisinde (Üreten, 2005: 24). Mal üretiminde ise müşteri çoğu zaman üretimin dışındadır ve sisteme müdahil olamaz.

Hizmetlerde Emek Yoğundur: Her ne kadar hizmet üretiminde teçhizat kullanılsa da mal üretimine göre daha fazla emek yoğun üretim söz konusudur.

Hizmetlerde Kalite Ölçümü Zordur: Hizmetlerin birçok nedene bağlı olarak birbirlerinden çok farklılık göstermeleri onların standartlaştırılmasını da, ölçülebilmesini de güçleştirmektedir. Mal üretiminde ise ürün için bir standart belirlemek, istenilen sonucu elde edebilecek üretim sistemini kurmak, üretimi her aşamasında ölçebilmek, kontrol edebilmek ve hatayı ürün son kullanıcının eline geçmeden ortadan kaldırabilmek, çok daha mümkündür. Hizmet üretiminin ve tüketime eş zamanlı olması da hizmetlerde kalite ölçümünü zorlaştırmaktadır.

Hizmet Üretim Süreci Mal Üretim Sürecine Göre Daha Basittir: Hizmet üretimi kısa zamanda, kişilere bağlı olarak yapıldığından ve mal üretimine nazaran daha az ekipman kullanıldığından, üretim süreci görece daha basittir.

Hizmetlerin Tüketim Süresi Kısa: Birçok malın tüketim süresi hizmetlere göre daha uzundur. Bir buzdolabı yıllarca kullanılabilirken, restoranda yenilen bir yemek yaklaşık bir saat kadar kısa bir zaman alır.

Hizmet Pazarları ve Hizmet Veren Sistemlerin Yerleşimi Bölgeseldir: Bir mal üretildikten sonra dünyanın öbür ucuna gönderilebilir. Ancak hizmet çoğunlukla üretildiği yerde tüketildiğinden, hizmet veren sistemler kuruldukları yerleşim yerindeki pazarın taleplerine göre hareket ederler. Hizmetler çoğunlukla her pazarın talebine göre farklılık gösterir. Birçok marka ürünlerini Çin, Hindistan gibi emeğin ucuz olduğu bölgelerde üretilip tüm dünyaya pazarlayabilmektedir. Ancak hizmet

sektöründe franchising sistemi dahi olsa üretim, tüketicinin bulunduğu yerde gerçekleşir.

1.1.3. Hizmetlerin Sınıflandırılması

Hizmetin çok farklı alanlarda ortaya çıkması ve soyut olması, sınıflandırılmasını da tanımlanması kadar zorlaştırmaktadır. Hizmetlerin sınıflandırılması için birçok çalışma yapılmıştır. Bunlardan birkaçı Tablo 4'te verilmiştir.

Tablo 4: Farklı Hizmet Sınıflandırmaları

Yazar	Sınıflandırma
Judd (1964)	1. Tüketicinin, malı bir süreliğine kiraladığı durumlarla ilgili hizmetler 2. Malın mülkiyetinin tüketiciye ait olduğu halde, tamir ve bakımıyla ilgili hizmetler 3. Mallara bağlı olmayan tüm hizmetler
Rathmell (1974)	1. Satıcının çeşidine göre hizmetler 2. Alıcının çeşidine göre hizmetler 3. Satın alma güdülerine göre hizmetler 4. Satın alma şekline göre hizmetler 5. Düzenlenme derecesine göre hizmetler
Shostack (1977), Saaser (1978)	Herhangi bir ürün paketindeki, fiziksel malların ve soyut hizmetlerin oranına göre sınıflandırma, saf hizmet ve saf mal çok azdır.
Hill (1977)	1. İnsanları ve malları etkileyen hizmetler 2. Geçici ve kalıcı etkilerine göre hizmetler 3. Etkilerinin geri dönüşü mümkün olan veya olmayan hizmetleri 4. Fiziksel veya zihinsel etkileri olan hizmetler 5. Bireysel ya da kolektif hizmetler
Thomas (1978)	1. Makine veya teçhizata dayalı hizmetler a. Makineye dayalı hizmetler (araba yıkama) b. Vasıfsız operatörler tarafından gerçekleştirilenler (kuru temizleme) c. Vasıflı operatörler tarafından gerçekleştirilenler (havayolları) 2. İnsana dayalı hizmetler a. Vasıfsız işgücü (temizlik) b. Vasıflı işgücü (bakım tamirat) c. Profesyonel işgücü (cerrah, avukat)
Chase (1978)	Müşteriyle ilişki düzeyine göre sınıflandırma a. Yüksek ilişki (Sağlık hizmetleri) b. Düşük ilişki (Posta hizmetleri)
Gronross (1979)	1. Hizmetin türüne göre a. Profesyonel hizmetler b. Diğer hizmetler 2. Müşteri türü a. Gerçek kişiler b. Tüzel kişiler (Örgütler)
Kotler (1980)	1. İnsana ya da ekipmana dayalı hizmetler 2. Müşterinin varlığını gerektiren hizmetler 3. Kişisel yada işletme ihtiyaçlarının karşılanmasını sağlayan hizmetler 4. Kar amaçlı ya da kar amaçsız hizmetler (özel - kamu)

Tablo 4: Farklı Hizmet Sınıflandırmaları (Devamı)

Lovelock (1980)	1. Talebin özellikleri a. Hizmet verilenin kişiler ya da nesneler olması b. Talep arz dengesizliklerinin derecesi c. Müşterilerle hizmet verenler arasındaki ilişkinin sürekli veya geçici olması 2. Hizmetin içeriği ve faydaları a. Fiziksel ürünlerin hizmetin içinde yer alma derecesi b. Kişisel hizmetin hizmet bütünü içindeki yeri c. Tek hizmet ya da hizmet demetleri d. Faydaların zamanlaması ve süresi 3. Hizmet dağıtım usulleri a. Hizmetin tek bir yerde veya çeşitli yerlerde arzı b. Kapasitenin paylaşılması c. Hizmetin bağımsız ya da kolektif tüketilmesi d. Zamana ya da göreve göre tanımlanan işlemler e. Hizmetin ulaştırılması sırasında müşterinin bulunmasının zorunluluk derecesi
Schmenner (1986)	1. Etkileşimin veya hizmetin kişiye özel olma derecesi a. Daha düşük b. Daha yüksek 2. Emek yoğunluğu derecesi a. Daha düşük b. Daha yüksek
Vandermerve ve Chadwick (1989)	1. Müşteri/ üretici etkileşiminin derecesi a. Daha az b. Daha çok 2. Malların göreceli olarak derecesi a. Saf hizmetler b. Mallar aracılığıyla ulaştırılan ya da mala bağlı hizmetler c. Mallara sarılı hizmetler

Kaynak: Öztürk, 1998: 30- 33

Hizmetler, Tablo 4'tekilerden farklı şekillerde de sınıflandırılmışlardır. Pazarlanabilen, pazarlanamayan hizmetler, üretici veya tüketici hizmetleri, yapılarına göre hizmetler, müşteriyle ilişki türüne göre hizmetler, birçok sınıflandırmadan bazılarıdır (Öztürk, 1998: 23-29).

Pazarlanabilen, Pazarlanamayan Hizmetler: Ticari amaçla sunulan hizmetler pazarlanabilirken, kamu hizmetleri ya da evde ev halkının birbirine verdiği hizmetler pazarlanamayan hizmetler grubuna girer. Ancak dünyada teknolojik ve ekonomik şartların değişmesi bu hizmetler içinde kesin bir ayrıma gitmeyi güçleştirmektedir. Otoyolların, ücretsiz olarak kullanılırken, ücretli olması gibi.

Üretici veya Tüketici Hizmetleri: Sunulan hizmetin üretici tarafından veya son kullanıcı tarafından tüketilmesine ilişkin bir sınıflandırmadır. Bir çamaşırhanedeki çamaşır makinelerinin bakım ve onarımı üretici hizmetleri sınıfına girerken, bireyin

evinde kullandığı amaşıır makinesinin bakım ve onarımı tüketicı hizmetleri sınıfına girer. Bu sınıflandırmada hizmetin kime verildiğı önemlidir.

Yapılarına Göre Hizmetler: Hizmetin soyut ya da somut oluşu ve kişı ya da nesnelere sunulmasına göre yapılan bir sınıflandırmadır. Somut ve kişiler için hizmetler; sağıık hizmeti, kuaför, restoran, yolcu taşıııacılığı gibi hizmetlerdir. Somut ve nesneler için hizmetler; yük taşııııacılığı, kuru temizleme, bahçe bakımı gibi hizmetlerdir. Soyut ve kişiler için hizmetler; tiyatro, eğıitim, rehberlik hizmetleri gibi hizmetlerdir. Soyut ve nesneler için hizmet; bankacılık, sigortacılık, muhasebecilik gibi hizmetlerdir (Öztürk, 1998: 25).

Müşteriyle İlişki Türüne Göre Hizmetler: Aşağıda maddeler halinde verilen hizmet sınıflandırması yüksek ilişkiden, düşük ilişkiye doğru sıralanmıştır. Bu sınıflandırma Chase'e (1978) aittir (aktaran, Ardıç, 1998: 15-16).

Saf hizmetler; sağıık merkezleri, oteller, kamu taşııııacılığı, restoranlar, okullar ve kişisel hizmetler.

Karma hizmetler; bankalar, bilgisayar şirketleri, emlak ofisleri, postaneler.

Yarı imalat; bankalar, bilgisayar şirketleri, hükümet idaresi, postaneler.

Üretim; fabrikalarda üretilen dayanıklı mallar, madencilik şirketleri, kimya fabrikaları.

Günümüzde işletmelerde verilen hizmetler aşağıdaki gibi sıralanabilir (Sayım ve Aydın, 2011; aktaran: Söyök ve Gün, 2018: 12):

- Ulaştırma hizmetleri (hava, kara, vb)
- Haberleşme hizmetleri (telefon, internet, vb)
- Dağıtım hizmetleri (kargo, posta, vb)
- Kamu hizmetleri (savunma, belediye hizmetleri, vb)
- Finans hizmetleri (bankalar, aracı kurumlar, vb)
- Emlak hizmetleri
- Turizm hizmetleri (oteller, restoranlar, vb)
- Medya hizmetleri (TV, radyo)
- Sağıık hizmetleri
- Kişisel hizmetler (berberler, vb)
- Mesleki uzmanlık hizmetleri (avukatlar, mali müşavirler, vb)

- Tamir ve bakım hizmetleri (araba tamircileri, vb)
- Eğitim hizmetleri (okullar, kreşler, vb)
- Yardım (Bağış) Hizmetleri
- Sanatsal Hizmetler

1.2. Hizmet Sektöründe Kalite

Hizmet sektörünün ekonomilerde büyük bir paya sahip olması, imalat sektöründe olduğu gibi bu sektörde de kendini gösteren yüksek rekabet, verilen hizmetlerin tüketiciyi tatmin etme açısından, en doğru şekilde sunulmasını da beraberinde getirmektedir. Hizmetlerin, daha önce de değinilen, soyutluk özelliği nedeniyle kalite standartlarını belirlemek ve kaliteli bir hizmet sunabilmek için, sistematik bir süreç oluşturmak son derece güçtür. Ancak rekabet avantajı oluşturabilmek için son derece gereklidir. Kalite, işletmelere rekabet avantajı sağlamak için kullanılan, stratejik bir yönetim aracıdır.

1.2.1. Kalite Kavramı

Plato'ya göre kalite, belirsiz bir hissiyatı açık bir düşünceye dönüştürmek şeklinde tanımlanmıştır (Taş, 2009: 25). Kalite, müşterilerin, hizmet ve maldan beklediklerinin karşılanması, mal ve hizmetlerden beklediklerinin karşılanması, hatta beklentiden fazlasının verilmesi, olarak tanımlanabilir (Koçel, 2007: 287). Yönetim bilimi alanında TKY çalışmalarında kalite, hizmet veya mal sunulan müşterilerin beklentilerinin karşılanması düzeyidir (Yamak, 1998: 86).

Kalite, bir hizmet veya ürünün ileride gerçekleşebilecek veya mevcut ihtiyaçları karşılayabilme yeteneğine dayanan özelliklerin tümüdür (TS-ISO 9005).

Kalite, ürün veya hizmetin, beklenti ve ihtiyaçları karşılayabilme özelliklerinin tümüdür (Amerika Kalite Kontrol Derneği).

Kalite, ürün veya hizmetin, müşteri beklentilerini karşılayabilme yeteneğidir (Avrupa Kalite Kontrol Birliği).

Kalite, bir hizmet veya ürünü en ekonomik şekilde üretebilen ve tüketicilerin ihtiyaçlarına cevap verebilen bir sistemdir (JIS- Japon Sanayi Standartları Komitesi).

Kalite kavramı 1950'li yıllarda Kaon Ishikawa, Joseph Duran, Armond Feigenbaum, Edward Demings ve Philip Crosby başta olmak üzere çeşitli kişiler

tarafından ele alınan ve üzerinde çalışılan bir konudur. Bu tür çalışmalar, işletmelerin faaliyetlerine yön verirken, kalite kavramını, stratejik bir araç olarak kullanmalarını sağlamıştır (Koçel, 2007: 287).

Günümüzde kalite, yalnızca nihai ürün için değil, bir ürün veya hizmet üretiminde, tedarikten, ürün veya hizmetin müşteriye sunulduğu ana, hatta daha sonrasına kadar, üretim süreci içindeki tüm unsurlar için kullanılmaktadır. Kalite kavramını bu bakımdan en iyi anlatan tanımlardan biri aşağıda verilmiştir.

Tüketici ihtiyaç ve beklentilerinin bilinmesi, hatasız bir şekilde üretilmesi, bu ihtiyaç ve beklentilere uygun tasarım yapılması, satış işlemleriyle alakalı bileşen ve alt bileşenlerin güvenilir bir biçimde sağlanması, güvenlik ve performansın belgeyle gösterilmesi, kullanım ile alakalı belli başlı özelliklerin açıkça ortaya koyulması, ambalajlamanın uygun olması, zamanında teslim edilmesi, satıştan sonraki hizmetlerden de verim alınabilmesi ve buna benzer deneyimlerin tümü tüketiciyi mutlu ve tatmin etmeye yeteceğinden, ürün ya da hizmet kaliteli olarak tanımlanabilir (Ardıç, 1998: 5).

1.2.2. Hizmet Kalitesi

Hizmet kalitesi kavramı da tıpkı hizmet ve kalite kavramları gibi tanımlanması oldukça zor olan bir kavramdır. Hizmet kalitesinin ne olduğu sorusuna spesifik ve kesin bir yanıt vermek mümkün olmamaktadır. Hizmet sunulurken müşteriler, üretim sürecinin içerisinde olduğu için sadece sonuç ya da teknik boyutlar değil, üretimde ortaya çıkan performans da müşteriler tarafından kusursuz bir şekilde algılanmalıdır. Kusur, müşterinin algıları ve beklentileri arasında bulunan farktır.

1983'te Levis ve Booms hizmet kalitesini, hizmetin kalitesiyle müşteri beklentilerinin ne derecede örtüştüğünün ölçüsü şeklinde tanımlamıştır (Parasuraman ve ark., 1985: 42). Zeithaml ve Bitner'e (1996: 117) göre hizmet kalitesi, müşteri beklentilerine göre üstün ve mükemmel bir hizmet sunmaktır. Crosby'e göre hizmet kalitesi ihtiyaçlara uygunlukken; Juran'a göre ise kullanıma uygunluktur (Kaya, 2005: 27,28).

Müşterilerin üretim sürecine dahil olması sebebiyle hizmet kalitesi daha ço personelin performansına bağlı olmaktadır. Personeli kontrol etmek, fiziksel bir malın girdisini kontrol etmek kadar kolay olmamaktadır (Öztürk, 1998: 137).

Rosander (1998), hizmet kalitesini dokuza ayırmıştır. Bunlar veri, koruma, önleme, maliyet, zaman, davranışlar, teşhis, kusur ve hatadır.

Tablo 5: Rosander'in Hizmet Kalitesi Grupları

Hatalar	Kalite, mekanizmaların performansların hata olmaksızın gerçekleştirmeleridir. Kalite, insanların performanslarını hata olmaksızın gerçekleştirmeleridir.
Kusurlar	Kalite, kusursuz ürünlerin satın alınmasıdır.
Teşhisler	Kalite, doğru teşhistir. Kalite, doğru önlemlerin bulunmasıdır. Kalite, sorunların ortadan kaldırılmasıdır.
Davranışlar	Kalite, nazik davranmaktır. Kalite, emniyetli ve güvenilir olmaktır. Kalite, etkili performanstır. Kalite güvenli performanstır.
Zaman	Kalite, belirlenen bir zaman programına uygunluktur. Kalite, performansı ve faaliyeti teşvik etmektir.
Maliyet	Kalite, müşterinin parasının değerini almasıdır.
Önleme	Kalite, her türlü hatanın ortadan kaldırılmasıdır. Kalite, her türlü kusurun ortadan kaldırılmasıdır.
Koruma	Kalite, güvensiz tüm hallere karşı korumadır.
Veri	Kalite, problemlerin çözümü ve keşfi için kusursuz veridir.

Kaynak: Ardıç, 1998: 23-24

1.2.3. Hizmet Kalitesini Ölçmede Dikkate Alınan Hizmet Faktörleri

Kaliteli bir hizmetin ne olduğu konusunda herkes tarafından ortak bir kanı oluşması için hizmet kalitesi, bir takım belirleyici unsura sahip olmalıdır. Bu unsurları belirleme amacıyla pek çok yazar çalışmalar yapmış, bu çalışmaların sonucunda birbirinden farklı unsurlar belirlenmiştir.

Christian Grönroos, bir hizmet kalitesinin müşterilerce algılanma şekli ile alakalı iki unsur olduğunu belirtmiştir. Bunların ilki işlevsel, yani hizmet üretiminin süreci ile ilgili kalite; ikincisi ise teknik, yani hizmet sonucu ile ilgili kalitedir. Bir restoranda yemeğin müşteri beklentileri ile ne derece örtüştüğü teknik kalite; çalışanların müşteri ile olan iletişimi ve yemeği nasıl servis ettikleri de işlevsel kalitedir. Süreç kalitesi ve teknik kalite, bir işletmenin toplam kalite değerini ve imajını belirlemektedir (Parasuraman ve ark. 1985). Parasuraman, Zeithaml ve Bery (1985), hizmet kalitesini oluşturan kalite bileşenlerini on alt başlığa ayırmıştır.

Güvenilirlik: Performansta tutarlılıktır. Bir hizmetin, müşterilere sunulan ilk anda, doğru şekilde yapılması ve işletmenin, müşteriye verdiği taahhüdünü gerçekleştirmesidir. Kayıtları doğru tutma, doğru faturalama, hizmeti önceden belirlenen zamanda gerçekleştirme gibi unsurlar güvenilirlik başlığı altında toplanır.

Karşılık Vermek: Çalışanların hizmet verme konusunda hazır ve istekli olması ve hizmetin vaktinde gerçekleştirilmesini içermektedir. Bir evrakın hemen postalanması, servisin hızlı yapılması, müşterinin hemen çağırılması gibi.

Yetkinlik: Hizmetin sunulması içingereken beceri ve bilgiye sahip olmaktır. Örneğin, müşteriyle etkileşim kuran personelin beceri ve bilgisi, faaliyetlere destek veren personelin beceri ve bilgisi, örgütün araştırma kapasitesi.

Ulaşılabilirlik: Kolay ilişki kurabilme ve yaklaşılabilir olma anlamına gelmektedir. Örneğin, müşterinin telefonla hizmete kolayca ulaşabilmesi, hizmeti alabilmek için uzun zaman beklememesi, hizmet tesisinin uygun yerde olması, iş saatlerinin uygun olması gibi.

Nezaket: Müşteriyle ilişkide bulunan personelin kibarlığı, saygısı ve dostluğu anlamına gelmektedir. Örneğin, personelin dış görüntüsünün düzenli ve temiz olması, müşterinin orada olmasına ilgi gösterilmesidir.

İletişim: Müşterileri dinlemek ve anlayabilecekleri bir dilde bilgilendirmektir. İşletmenin, çeşitli müşteriler için dilini farklılaştırabilmesidir. Örneğin, eğitimsiz olan bir müşteri için basit bir dil kullanırken, eğitilmiş bir müşteri için ileri düzeyde bir dil kullanılmasıdır. Müşteriye hizmetin maliyetini ve kendisini açıklamayı, olası bir sorunun çözülebileceği konusunda güvence vermeyi içermektedir.

İtibar: İnanırlılığı, müşterinin çıkarlarını kalben hissetmeyi, dürüstlüğü içermektedir. İtibara katkı sağlayan unsurlar; firma ismi, firmanın ünü, müşterilerle etkileşim kurulurken kullanılan satış teknikleridir.

Güvenlik: Tehlikeye, şüpheyeye ve riske maruz kalmamadır. Mahremiyet konuları, finansal güvenlik ve fiziksel güvenliği kapsamaktadır.

Müşteriyi Anlamak: Müşterinin gereksinimlerini anlama konusunda çaba göstermektir. Müşterilerin belirli ihtiyaçlarını öğrenmeyi, düzenli müşterileri tanımayı ve müşteriye bireysel ilgi göstermeyi içermektedir.

Fiziksel Varlıklar: Hizmetin fiziksel tarafını ifade eder. Örneğin, fiziksel tesisleri, personelin görünüşünü, hizmeti sunma amacıyla kullanılan araç ve ekipmanı, hizmet tesisindeki diğer müşterileri içerir.

Zeithaml ve Bitner hizmet kalitesini ölçme konusunda önem verilen faktörleri hizmet kalitesinin boyutları şeklinde ele almışlardır. Araştırmacılar, hizmet kalitesinin farklı hizmet sektörleri için farklı boyutlarından bahsetse de, genel anlamıyla 5 faktör üzerinde durmuştur. Bu faktörler fiziksel varlıklar, empati, güvence, heveslilik ve güvenilirliktir (Zeithaml, Bitner, 1996: 118-122):

Güvenilirlik (Reliability): İşletmelerin sunduğu hizmetle ilgili müşterilerine karşı vaatlerini yerine getirmeleri olarak tanımlanabilir. Bu vaatler hizmetin teslimi, sunum şekli, problemlerin çözülmesi ve fiyatlar hakkında olabilir.

Heveslilik (Responsiveness): İşletmelerin alışveriş sırasında müşterilerinin isteklerini yerine getirmede, sorularını yanıtlamada, şikayetlerini gidermede ve problemlerini çözmede istekli ve çabuk olmalarını ifade eder.

İtimat /Güvence (Assurance): İşletmelerin ve çalışanlarının verdikleri hizmete dair bilgi ve nezaketleriyle müşterilerinde dürüstlük ve güven uyandırma yetenekleridir. Bu faktör müşterilerin çıktıkları değerlendirmedeki algılarının birbirlerinden farklı olması nedeniyle yüksek risk içermektedir.

Empati (Empathy): Her müşteri kendini özel hissetmek ister. Müşteriler alışveriş yaptıkları yerlerin onların beklentilerini, gereksinimlerini, tercihlerini bilmelerini ve buna göre davranılmasını isterler.

Hizmet İşletmelerinin Fiziksel Varlıkları (Tangibles): İşletmelerin tesisleri, donanımları, çalışanları ve müşterileriyle iletişim araçlarıdır. Hizmet işletmelerinin fiziksel varlıkları yeni müşteriler nazarındaki imajlarını belirleme konusunda önemlidir.

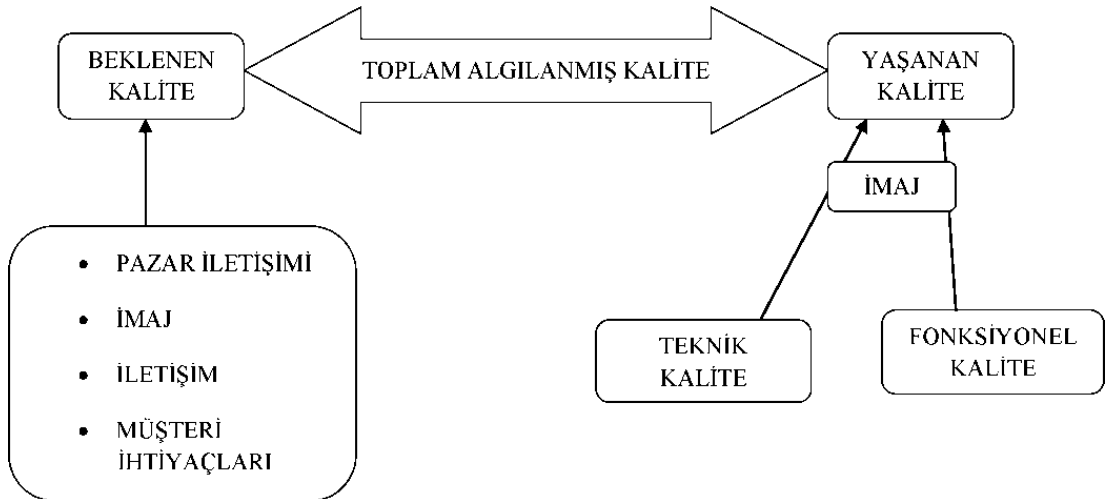
Lehtinen ve Lehtinen, kalite bileşenlerini üçe ayırmıştır. Bunlar etkileşim kalitesi, işletme kalitesi ve fiziksel kalitedir. Etkileşim kalitesi, işletme personeliyle müşterinin arasındaki ilişki ve etkileşimin kalitesidir. İşletme kalitesi, müşterilerin işletmeyi ve imajını nasıl gördüğüyle alakalıdır. Fiziksel kalite ise hizmet sunarken kullanılandaraç, malzeme, tesis ve teçhizatlarıdır (Parasuraman ve ark. 1985: 43).

1.2.3. Hizmet Kalitesi Modelleri

Hizmet kalitesinin işletmeler için, rekabet avantajı sağlamak açısından stratejik olarak vazgeçilemez önem arz ettiği literatürde de iş dünyasında da kabul edilmiştir. İşletmelerin kaliteli hizmet sunabilmeleri, sundukları hizmeti ölçebilmeleri ve ölçüm neticesine göre iyileştirmeler yapabilmeleri bakımından birçok çalışma yapılmıştır. Hizmet kalite modelleri yapılan çalışmaların neticesinde ortaya çıkan, bir nevi hizmet ölçüm araçlarıdır. Bu bölümde bu modellerden bir kaçına değinilecektir.

1.2.3.1. Toplam Algılanan Kalite Modeli

Grönroos'un geliştirdiği bu model hizmet alımında müşterinin beklentileri ile yaşadıklarını karşılaştıran iki boyutlu bir modeldir. Şekil 1'e bakıldığında modelin birinci bölümünde pazar iletişimi, imaj, müşteri ihtiyaçları, kulaktan kulağa iletişim, tüketici tarafından beklenen kalite düzeyini belirlemektedir. Modelin ikinci bölümünde ise daha önce hizmet kalitesi bileşenleri diye tanımladığımız, teknik kalite, fonksiyonel kalite ve imaj yer almaktadır ve bunlar müşterinin hizmeti alırken yaşadığı, algıladığı kalite düzeyini belirler. Algılanan kalite ile beklenen kalite karşılaştırıldığında, müşteri beklediğinden fazlasını algılamışsa, toplam algılanan kalite düzeyi yüksektir. Beklediğini bulamamışsa toplam algılanan kalite düzeyi düşüktür.

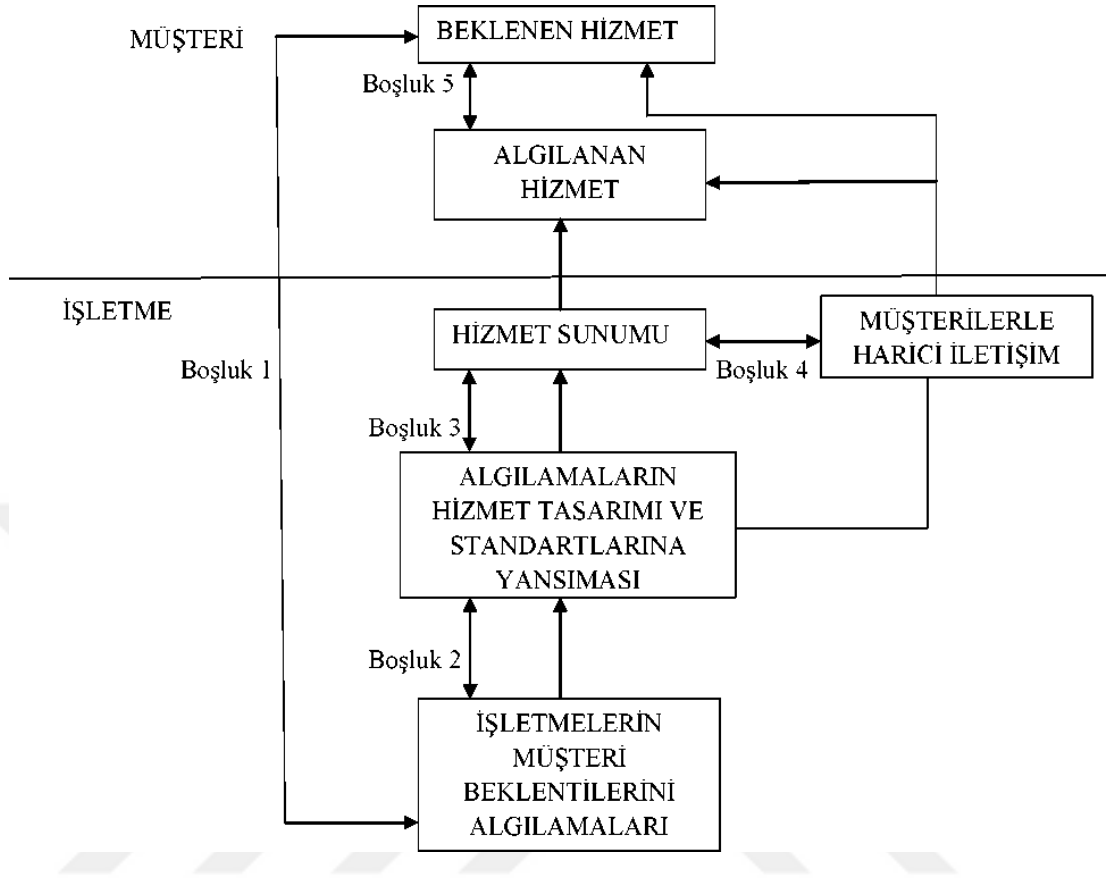


Şekil 1: Toplam Algılanan Kalite Modeli

Kaynak: Seyran, 2004: 45

1.2.3.2. Hizmet Kalitesi Boşluk Modeli

Parasuraman, Zeithaml ve Berry'nin geliştirdiği hizmet kalitesi boşluk modeli, müşterilerin beklentileri ile algıladıkları hizmet performansının karşılaştırılmasının sonucunda oluşur. Modelde iki temel bölüm vardır. Şekil 1'de beklenen hizmet ve algılanan hizmetin yer aldığı üst bölüm müşterinin yer aldığı kısımdır. İkinci bölümde ise, işletmenin, müşteri beklentilerine ait algıları, bu algıların hizmet tasarımı ve standardına yansımaları, hizmet sunumu ve müşterilerle dışarıdan iletişim yer alır. Müşterilerin beklentileriyle, işletmenin bu beklentileri algılamaları arasında birinci boşluk oluşur. İşletmenin, müşterilerin beklentilerine ait algısını, hizmet tasarımı ve standardına dönüştürmesi arasında ikinci boşluk oluşur. Üçüncü boşluk ise işletmenin hizmet tasarımı ve standartlarıyla, hizmeti sunumu arasında gerçekleşir. Müşterilerle dışarıdan iletişimle, hizmet sunumu arasında dördüncü boşluk meydana gelir. Burada işletmenin, bir takım reklam araçlarıyla müşterinin beklentilerini yükseltmesi ve buna karşın sözünü yerine getirememesi söz konusudur. Beşinci boşluk işletmeyle ilgili alanda oluşan dört boşluğun etkisiyle meydana gelir. Müşterinin beklentileriyle, hizmeti algılayışları arasındaki farktır. Bu boşluklar azaldıkça, kalite düzeyinin yükseldiğini ve müşteri memnuniyetinin arttığını söylemek mümkündür.



Şekil 2: Hizmet Kalitesi Boşluk Modeli

Kaynak: Zeithaml ve Bitner, 1996: 48

Zeithaml ve Bitner'e göre, boşluklara bir takım faktörler neden olur (Zeithaml ve Bitner, 1996: 49).

Boşluk 1

Pazar araştırmasının yetersiz olması; yetersiz pazar araştırması, araştırmanın hizmet kalitesine odaklanmaması, pazar araştırmasının yetersiz kullanılması.

Dikey iletişim eksikliği; yönetim ve müşteriler arasındaki etkileşim eksikliği, personelle yöneticiler arasındaki iletişim yetersizliği, personelle üst yönetim arasında çok fazla kademe bulunması.

İlişki odaklanmasının yetersizliği; pazarın bölümlenememesi, ilişkilerden çok işlere odaklanılması, sürekli müşteriden çok yeni müşterilere odaklanılması.

Boşluk 2

Müşteriye yönelik standartların yokluğu; hizmet standartlarının müşteriye harekete geçirmemesi, müşterinin gereksinimlerine odaklanan bir yönetim sürecinin olmayışı, hizmet kalitesi amaçlarının belirlenmesi için sistematik bir sürecin olmayışı.

Yetersiz hizmet liderliği; algıların uygulanabilir olmayışı, yönetimin taahhütlerinin yetersizliği.

Hizmet tasarımının zayıf oluşu; yeni hizmet geliştirme sürecinin sistematik olmayışı, anlaşılma, tanımlanmamış hizmet tasarımı, hizmet tasarımının uygulamada başarısız olması.

Boşluk 3

İnsan kaynakları politikalarındaki noksanlıklar; etkisiz personel alımı, rol belirsizliği ve rol çatışması, teknolojiye uyum sağlamada personelin zayıf kalması, değerlendirme ve tazmin sistemlerinin uygunsuzluğu, takım çalışması, kontrol ve yetkilendirmenin olmayışı.

Arz ve talepteki uyumsuzluk; talep dalgalanmalarına uyum sağlamadaki başarısızlık, uyumsuz müşteri karması, düzenli talep için fiyatların güvenilir olmaması.

Müşterilerin rollerini yerine getirmemeleri; müşterilerin kendi rol ve sorumlulukları konusunda bilgisiz olmaları, müşterilerin birbirlerini negatif etkilemeleri.

Boşluk 4

Müşteri beklentilerinin etkili yönetilememesi; tüm iletişim kanallarının kullanılmasına rağmen, müşteri beklentilerinin iyi yönetilememesi, müşterilerin yeterince eğitilememesi.

Yüksek vaatte bulunma; reklam yoluyla yüksek vaatte bulunma, kişisel satışta yüksek vaatte bulunma, fiziksel kanıtlara rağmen yüksek vaatte bulunma.

Yetersiz yatay iletişim; satış ve operasyon arasındaki iletişim eksikliği, reklam ve operasyon arasındaki iletişim eksikliği, şube ve birimler arasında politika ve prosedür farklılıkları.

1.2.3.3. 4Q Modeli

4Q modeli Gummesson tarafından 1990 yılında oluşturulmuştur. 4Q modelini oluşturan başlıklar, başlangıçta ilişkilerin kalitesi, dağıtım kalitesi, üretim kalitesi ve dizayn kalitesi şeklinde tanımlanırken daha sonra, dağıtım ve üretim kalitesi başlıkları birleştirilmiş ve çıktıların kalitesi başlığı eklenmiştir (Seyran, 2004: 48)

Dizayn kalitesi, sunulan hizmetin belirlenen özellikler ile, çizimlerle, iş akış şemalarıyla, planlar ile ne kadar iyi dizayn edildiğinin göstergesidir. Müşterilerin beklentilerine göre sunulmak istenen hizmetle hizmetin dizaynı arasında fark olmamalıdır.

Dağıtım ve üretim kalitesi, hizmetin dizayna ne derece uygun olarak üretildiğini gösterir. Hizmet sektöründe üretim ve dağıtım genellikle eş zamanlı yapıldığından bu iki faktör aynı anda ele alınmaktadır. Üretim ve dağıtım kalitesinin düşük olması, müşteri memnuniyetsizliğine yol açar.

İlişkisel kalite, müşterilerin hizmet sunulduğu sıradaki algıladıkları kalitedir. Çalışanlarla müşteriler arasındaki iletişimi ve sunulan hizmetle ilgili malzeme ve araç gereçlerin yeterliliği faktörlerini içerir.

Çıktının kalitesi, hizmetin müşteri nazarında genel olarak uyandırdığı fikri ifade eder. Müşteri hizmet aldığı yerden memnun ayrılmışsa, yine o işletmeyi tercih edecektir.

1.2.3.4. İyi ve Kötü Halkalar Modeli

1991’de Richard Norman tarafından geliştirilmiş bu model, bir hizmet işletmesindeki kalitenin, iyi ya da kötü halka içerisinde olup olmamasına göre değişebileceğini gösterir. Norman’a göre bir işletmede iyi ya da kötü duruma sebep olacak bir çok durum vardır. İyi bir durum başka bir iyi durumu getirirken, kötü bir durumda başka kötü durumu beraberinde getirir. İyi ve kötü durumların kendi içlerinde birer döngü oluşturması bu modele adını vermiştir.

İşletmenin, müşteri tarafından yetersiz olarak algılanması, çalışanlarla müşteri arasındaki kötü iletişim memnuniyetsizliği de beraberinde getirir. Böylece kötü halka başlamış olur. Müşterinin sunulan hizmetten tatmin olmayışı, işletme için, müşteri kaybı, ekonomik problemler gibi kötü durumları da beraberinde getirir.

İşletme müşterilerin beklentilerini göz önünde bulundurarak iyi halkaya geçiş yapabilir. Müşteriler beklentilerinin karşılandığını hissettiklerinde memnuniyet artar. Bu durum işletme açısından diğer iyi durumların da doğmasını sağlar.

1.2.4. Hizmet Kalitesinin Ölçülmesi

Hizmet sektöründe alınan hizmet kalitesinin ölçülmesi pek kolay değildir. Bu ölçümü yapabilmek için pek çok ölçek geliştirilmiştir. Bu bölümde somut bir kavram olmayan hizmet kalitesinin bazı ölçeklerle nasıl ölçülebileceğine yer verilmiştir.

Herhangi bir nesneyi hissederek, dokunarak, elle tutarak, çeşitli ölçümler yaparak, o ürünle ilgili bir kanıya varmak mümkündür. Ancak hizmet soyut bir kavram olduğu için, bunları söylemek olanaklı değildir. Hizmet kavramı zamana, mekana ve kişiye göre farklılaşmaktadır. Ölçmesi mümkün olmayan bir şey de iyileştirilememektedir (Ersöz ve ark., 2009) mantığıyla hareket ederek yapılan bazı çalışmalara göre ölçülemeyen olarak nitelendirilen hizmet kalitesi ölçülebilmektedir.

1.2.4.1. Hizmet Kalitesinin Ölçümünde Kullanılan Ölçekler

Hizmet kalitesini ölçme konusunda literatürde pek çok hizmet vardır. Bu çalışmalardan bazıları sadece sektörle ilgili alanlarda kullanılırken, bazılarıysa sık sık kullanılmaktadır. Hizmet kalitesini ölçmek için en çok tercih edilen ölçeklerden biri, Parasuraman ve arkadaşları tarafından hazırlanmış olan SERVQUAL ölçeğidir. SERVQUAL Ölçeği dışında kullanılan diğer ölçekler aşağıda sunulmuştur (Ersöz ve ark., 2009):

- İstatistiksel Yöntemler
- Hizmet (Linjefly) Barometresi
- Servperf
- Grup Mülakat Yöntemi
- Toplam Kalite Endeksi Yöntemi
- Benchmarking
- Kritik Olaylar Yöntemi

1.2.4.2. Hizmet Kalitesinin Ölçümünde SERVQUAL Ölçeği

Hizmet kalite beklentisi bireyden bireye değişebilmektedir. Ayrıca müşteri beklentilerinin belirlenmesi işletmeyi hem zaman hem de maddi açıdan zor duruma

sokabilmektedir. Bu nedenle Parasuraman ve arkadaşları 1985'te hizmet kalitesinin ölçülmesi için derinlemesine bir çalışma yapmış; ayrıntılı bilgi alan, kullanımı kolay, güncellenmesi daha rahat bir şekilde yapılabilen ve bütün sektörlerde uygulanabilecek bir ölçek geliştirmeyi hedeflemişlerdir (Gökdere, 2001; Sürmeli, 2002; Yılmaz ve ark., 2007).

Bu hedef doğrultusunda 1988 yılında 4 farklı hizmet sektöründen (tamir bakım servis işletmeciliği, bireysel bankacılık, menkul kıymet komisyonculuğu, kredi kartı hizmetleri) hareketle, 100 kadın ve 100 erkekten oluşan bir grup oluşturmuştur. Algılanan ve beklenen hizmet kalitesi tek tek hesaplanmış, değerlendirmenin sonucunda da işletmelerin, algılanan hizmet kalitesi ölçülmek istenmiştir. SERVQUAL ölçeği, 10 hizmet kalitesi boyutundan yararlanarak belirlenmiştir. Ölçek, algılanan ve beklenen hizmet kalitesi olarak iki bölümden meydana getirilmiştir. On hizmet kalitesi boyutu; müşteriye anlama, iletişim, erişilirlik, emniyet, inanırlılık, nezaket, yeterlilik, heveslilik, güvenilirlik ve fiziki görünüm özelliklerinden oluşmaktadır (Parasuraman ve ark., 1988 ve 1990):

Parasuraman ve arkadaşları, alan yazındaki ölçek geliştirme kuralları arasında olan ölçek maddelerin yarısının pozitif, diğer yarısının da negatif olması gerektiği kuralı dolayısıyla, kendi ölçeklerinin maddelerini de bu orana göre hazırlamışlardır. Katılımcılara algı ve beklenti bölümlerindeki ifadeleri değerlendirmek için yedili likert tipi ölçek uygulamıştır. Likert ölçekte 7 rakamıyla ifade edilen özellik “tamamen katılıyorum”, 1 rakamıysa “tamamen katılmıyorum” anlamına gelmektedir. Aradaki rakamsal değerler içinse herhangi bir ifade belirtilmemiştir.

Algılanan hizmet kalitesini; algılanan hizmetten beklenen hizmeti çıkararak hesaplayan bu yöntemle tüm sorular için SERVQUAL skoru hesaplanmıştır. Tüm sorular için yedili likert kapsamında verilen cevaplarla beklenti ve algı maddelerinin puanları karşılaştırılmış, farkları alınmış, her soru için -6 ve +6 aralığındaki SERVQUAL skoru hesaplanmıştır (Devebakan, 2001). Örneğin algılanan maddesine 7, beklentiye de 1 puan verildiğinde, o maddenin algılanan kalite puanı 6 olmaktadır. Ya da tam aksine, algıya 1, beklentiye 7 puan verilirse, algılanan kalite puanı -6'dır. Parasuraman ve arkadaşlarının ortaya koyduğu SERVQUAL skorunun matematiksel ifadesiyse şöyledir (Parasuraman ve ark., 1990):

$$SERVQUAL \text{ Skoru} = \text{Algılama Skoru} - \text{Beklenti Skoru}$$

Araştırmacılar 97 algı ve 97 beklenti sorusu belirlemiştir. Bu soru önermeleri, algı ve beklenti olmak üzere iki versiyona sahiptir. Soru önermelerindeki algılananlar ve beklentiler için olan maddeler daha sonra yeniden değerlendirilmiş ve 34 maddeye düşürülmüştür (Devebakan, 2001). Yapılan istatistiksel analizlere göre ise soru önermeleri 22'ye düşürülmüş, algı ve beklentileri ölçme amacını taşıyan iki bölüme ayrılmış; 10 hizmet kalitesi boyutsa kendi aralarında benzer olanlar şeklinde gruplanıp, 5 boyuta (empati, güven, heveslilik, güvenilirlik ve fiziksel özellikler) indirgenmiş ve yeniden düzenlenmiştir (Palmer, 1998). Bu beş hizmet kalitesi boyutu iskelet görevine sahiptir ve istenildiğinde her hizmet sektörüne uygulanması mümkündür (Parasuraman ve ark., 1990). Parasuraman ve arkadaşları tarafından yapılan düzenlemeler sonucunda SERVQUAL Ölçeğinin her bir boyutu ve boyutlara düşen soru sayısı Tablo 6'da sunulmuştur (Parasuraman ve ark., 1991).

Tablo 6: SERVQUAL Ölçeğinde Yer Alan Hizmet Kalitesi Boyutları ve Boyutlara Denk Düşen Soru Önermeleri

Boyutlar	Önermeler	Tanımlamalar
Fiziksel Özellikler	1-4	Hizmet verilen yerin fiziki görünümü, kullanılan donanım ve hizmet veren personel
Güvenilirlik	5-9	Üstlenilen hizmeti eksiksiz ve güvenilir bir biçimde yerine getirme becerisi
Heveslilik	10-13	Müşterilere karşı yardımsever ve istekli olma, hizmeti zamanında ve ivedi bir şekilde yerine getirme
Güven	14-17	Personelin bilgili olması, müşterilerine karşı kibar olmaları ve müşterilerde güven duygusu uyandırma yetenekleri
Empati	18-22	^r Firmanın müşterilere bireysel ilgi göstermesi ve müşterilere karşı duyarlılığı

Kaynak: Parasuraman ve ark., 1991.

Araştırmacılar ölçeği tekrar gözden geçirmiş, ölçeğin bazı negatif soru maddelerini katılımcıların yanlış anlayacağı veya karışıklık yaşayacağı düşüncesiyle; bu soruları pozitif çevirmişlerdir. Ölçeğin sonuna eklenen puanlama kısmı, müşteri değerlendirmesiyle hizmet kalitesinin boyutlarına verilen önem derecelerini ortaya koymak için ölçeğe getirilen bir başka değişikliktir. Bu bölümde hizmet kalitesinin boyutları belirtilmeden, çeşitli açıklamalar yapılarak, katılımcıların bu boyutlara 100 puanı dağıtmaları istenmektedir (Parasuraman ve ark., 1991). Araştırmacılar ölçeği

oluştururken yürüttükleri çalışmaların pek çoğunda şu soruları sormuş ve cevaplamaya çalışmıştır (Altan ve ark., 2003):

1- Hizmet kalitesini müşteriler nasıl değerlendirmektedir?

2- Müşteriler, değerlendirme yaparken her şeyi içine katmakta mıdır? Ya da toplam bir sonuca ulaşabilme amacıyla hizmetin yalnızca belirli boyutları mı değerlendirmektedir?

3- Müşteriler belirli boyutları düşünerek bir sonuca ulaşıyorsa, kullanılan boyutlar hangileridir?

4- Belirlenen bu boyutlar farklı kesimlerden müşteriler ve farklı hizmet çeşitleri için farklılaşmakta mıdır?

5- Eğer hizmet kalitesi değerlendirilirken müşterinin beklentisi önemli bir faktörse, bu beklentileri etkileyen ve oluşturan faktörler nelerdir?

Pek çok araştırmacı, SERVQUAL Ölçeğini eleştirmiştir. Carma'a göre bu ölçek, hizmet sektörü için uygun değildir ve belirlenmiş olan 5 boyuta yeni boyutlar eklenmelidir. Bunun yanında farklı dallarda faaliyetler veren sektör için farklı ölçekler geliştirilmeli ve uygulanmalıdır (Carman, 1990).

SERVQUAL modeli yaygın kullanımı ile birlikte birtakım eleştirilere de maruz kalmıştır. Modelle ilgili yapılan eleştirilerin başında Buttle'nin eleştirisi vardır. Buttle'nin yaptığı teorik eleştiriler şunlardır (Buttle, 1996):

Boyutluluk: SERVQUAL'in beş boyutunun tüm sektörlerde uygulanamamaktadır.

Boşluk Modeli: Algılanan ve beklenen hizmet kalitesinin farkının alınmasının yetersizliğine vurgu yapmıştır.

Paradigmatik itiraz: SERVQUA, davranışsal değerler değil, durumla ilgili değerlere dayanmaktadır. Ekonomik, istatistiksel, psikolojik noktalarda hatalı ve zayıftır.

Sürece uyum: SERVQUAL, hizmet sonucundan ziyade hizmet sürecine odaklanmaktadır.

İKİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK SEKTÖRÜ VE SAĞLIK SEKTÖRÜNDE HİZMET KALİTESİ

Sağlık hizmetlerinin hizmet sektöründeki yeri önemlidir. İnsanların yaşam kalitesinin yükseltilmesi, dünya ekonomilerinde hizmet ve mal üretimine etki eden en önemli faktörler arasındadır. Sağlık sektörü de buna göre hareket ederek, hem bilimsel bilgi hem de teknolojik anlamda hızlı bir biçimde gelişim göstermektedir. Pek çok ülkede sağlık alanına ayrılan kaynaklar devamlı artmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'ne (WHO) göre 2015'te dünyadaki sağlık harcamalarının toplamı 4.1 trilyon doların üstündedir. Tüm dünyada kişi başına yapılan ortalama sağlık harcaması ise 639 \$'dır. Dünya nüfusunun %18'ini temsil eden OECD ülkeleri sağlık kaynaklarının %80'ini tüketmektedir. Bu ülkelerde kişi başına düşen ortalama harcama 2.716 \$'dır. Sağlık harcamalarının GSMH içerisindeki payı her ülkeye göre farklılık göstermektedir. Bu pay ABD'de %16 iken, OECD ülkelerinde ortalama %8.9'dur (WHO, 2016). Türkiye'de ise, Sağlık Bakanlığı Yıllık İstatistiği 2017 verilerine göre, 2017 yılında %4,5'tir (TUSEB, 2018). Özellikle koruyucu sağlık hizmetlerinin artış gösterdiği sağlık sektörü, bireyleri ve toplumları etkilemesi açısından ülkelerin en duyarlı olduğu hizmet sektörüdür.

Büyük miktarda kaynak aktarımı yapılan ve sürekli gelişme kaydeden sağlık sektöründe kalite ve müşteri (hasta) memnuniyeti elbette önemlidir. Sağlık hizmetlerinde verilen hizmetin karmaşık yapısı yüzünden standartların belirlenmesi ve bu standartlara göre kalite tanımının yapılması oldukça güçtür. Bu nedenle sağlık sektöründe kalite uygulamasına diğer sektörlerle nazaran daha geç başlanmıştır. Ancak bugün Dünya'da ve Türkiye'de sağlık hizmetlerinde de hem kullanılan teçhizatın kalibrasyonu hem sunulan hizmetin akreditasyonu gerçekleştirilebilmektedir.

Araştırmanın bu bölümünde sağlık hizmetleri ve Türkiye'de sağlık hizmetleri sektörünün yapısı, sağlık hizmetlerinde kalite ve müşteri memnuniyeti kavramlarının anlaşılması bakımından daha önce yapılmış çalışmalar incelenmektedir.

2.1. Sağlık Hizmetleri

Sağlık hizmetleri, sağlığın geliştirilmesi ve korunması, hastalık oluşumunun önlenmesi, imkanların el verdiği şekilde hastalara erken tanı koyulması ve tedavi

edilmesi, sakatlıkların önlenmesi, sakatlara sosyal ve tıbbi hizmetlerin sunulması, insanların uzun, mutlu ve nitelikli bir hayat sürmesinin sağlanması için sunulan tüm hizmetlerdir (Tengilimoğlu ve ark. 2009: 38)

Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun'a göre sağlık hizmetleri, insanların sağlığına zararlı olan pek çok faktörün yok edilmesi, hastaların tedavi edilmesi, toplumun bu faktörlerin etkisinden korunması, fiziksel ve ruhsal yetenekleri azalanların işe alıştırılması yani rehabilitasyonu için yapılan tıbbi faaliyetlerdir. Sağlık hizmetleri, insan sağlığının korunması, bakım, tedavi ve teşhis için kurumsal ve kişisel olarak kamunun veya özel şahısların verdiği hizmetlerdir (Odabaşı, 2001: 25).

2.1.1. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

Sağlık hizmetleri ya da ürünleri, sahip olduğu özellikler sebebiyle, ekonomi içerisindeki diğer hizmet ve malalardan farklı bir kategoridedir (Aktan ve Işık, 2007: 11). Sağlık hizmetlerinin özelliklerinin özellikleri şunlardır (Odabaşı, 2001: 2729).

Sağlık Hizmetlerinin Tüketimi Rastlantısaldır: Sağlık hizmetlerine, nerede, ne zaman ve ne ölçüde ihtiyaç duyulabileceği, tam anlamıyla önceden tahmin edilebilecek bir durum değildir. Her yaş grubunun hiç beklenmedik bir zamanda sağlık hizmetine ihtiyacı olabilir. Bu nedenlerle ekonomik anlamda da sağlık hizmeti talebinin büyüklüğü kestirilemez. Sağlık hizmeti maliyetleri büyük ve belirsiz olduğundan, büyük oranda devlet tarafından sağlanır. Kişiler ve kamu belirsiz ekonomik büyüklük için sağlık sigortası sistemini kullanarak, maliyete toplu olarak katlanmak yerine, zamana yaymayı tercih ederler, böylece finansal riski de azaltmış olurlar.

Sağlık Hizmetinin İkamesi Yoktur: Sağlık hizmeti, fiyatlar yükseldiğinde, yerine başka bir hizmetin alınabileceği türden değildir. Hasta sağlığına kavuşabilmek için gereken sağlık hizmetini mutlaka almalıdır.

Sağlık Hizmeti Ertelenemez: Özellikle tedavi amaçlı verilen sağlık hizmetlerini ertelemek mümkün değildir. Zehirlenen bir hastanın vücudunu zehirden arındıracak müdahaleler en kısa zamanda yapılmalıdır, aksi takdirde bu durum, hastanın hayatına mal olabilir.

Sağlık Hizmetinin Boyutunu ve Kapsamını Hizmetten Yararlanan Değil, Hekim Belirler: Tüketiciler herhangi bir hizmet almak istediklerinde hizmet hakkında çeşitli araştırmalar yaparak tam olarak ne istediklerini kendileri belirleyebilirler. Örneğin; bir restoranda ne yiyeceklerine, bir kuaförde nasıl bir saç modeli istediklerine kendileri karar verebilirler. Ancak sağlık hizmetinde hastanın neye ihtiyacı olduğuna hasta karar veremez. Hangi tahlilleri ve tetkikleri yaptırması gerektiğine hangi ilaçları ya da tedavi araçlarını kullanması gerektiğine, nerede (ev, hastane, rehabilitasyon merkezi gibi) tedavi göreceğine hekim karar verir.

Sağlık Hizmetleri Tüketicilerinin Davranışları İrrasyoneldir: Tüketicinin bir hizmeti veya ürünü alırken kendisi için en iyi, en doğru olanı tercih edeceği varsayılır. Ancak sağlık hizmetleri tüketimi her zaman böyle değildir. Özellikle akut ya da acil vaka olan hastalıklarda hastanın hastalıkla ilgili bilgisi son derece sınırlıdır ve bu anlamda tercih yapabilme yeteneği yoktur. Acil bir trafik kazası vakasında hasta en yakın sağlık merkezine götürülür ve merkezin hizmet kalitesi hakkında araştırma yapmak mümkün değildir.

Hizmetten Sağlanan Doyum ve Kaliteyi Önceden Belirlemek Çok Zordur: Sağlık hizmetinden sağlanacak doyum, hastanın kendisini tedaviden sonra ne kadar iyileşmiş hissettiğiyle ilgilidir. Sağlık hizmetleri, tedavinin neticesi bakımından, her insan ve her hastalık için farklı neticeler doğurabileceğinden, hastanın memnuniyet düzeyini de önceden bilmek mümkün değildir. Ancak hastanın sağlık kurumuna başvuruda bulunduğu andan itibaren başlayan tedavi süreci için bir takım hizmet standartları konularak, süreçle ilgili kalite ve doyum yükseltilebilir. Günümüzde tüm sektörlerde söz konusu olan yüksek rekabet sağlık sektöründe de kendini gösterdiğinden, bu sektör kuruluşlarının da hizmet kalitesi standartları belirlemek ve uygulamaktan başka çareleri kalmamıştır.

Sağlık Hizmetlerinin Bir Bölümü Toplumsal Nitelik ve Kamu Mali Özelliği Taşımaktadır: Sağlık sektöründe özellikle toplumla ilgili koruyucu sağlık hizmetlerinin tümü kamu tarafından sağlanmaktadır. Koruyucu sağlık hizmetlerini kamu karşılar, toplumdaki tüm bireyler maliyetlere katlanmakta ve sonuçlarından da faydalanmaktadır. Örneğin bir salgın hastalıkta hastaların tedavisi, sağlıklıların korunması için aşılama veya bebeklerin iki yaşına kadar tüm aşılarının kamu

tarafından yapılması, raşitizm ve demir eksikliğiyle mücadele için vitamin tedarik edilmesi gibi.

Sağlık Hizmetinin Çıktısı Paraya Çevrilemez: Sağlık hizmetleri kendilerine özgü yapılarından dolayı sosyal amaçlıdır, kâr amaçlı değildir. Hastayı tedavi etmek amacıyla verilen sağlık hizmeti her zaman olumlu neticelenmeyebilir. Bu durumda tedavi için katlanılan maliyet ekonomik olarak bakıldığında zarardır. Ancak sağlık hizmetleri için katlanılan maliyet, sonucu ne olursa olsun, zarar olarak kabul edilemez.

Sağlık hizmetleri depolanamadığı için sağlık kuruluşları, kapasitelerini en yüksek talebe göre belirlemelidir. Genelde arz talep dengesinin sağlanması zor olmaktadır.

Sağlık kuruluşları diğer hizmet kuruluşlarına göre daha fazla teknoloji ve emek yoğun kuruluşlardır.

Sağlık hizmetlerinde hata ve belirsizliklere yer yoktur. Çünkü insan hayatı söz konusudur.

Sağlık hizmetlerinde her tedavi her hasta ve hastalık için aynı sonucu getirir gibi bir garanti vermek söz konusu değildir.

2.1.2. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Akdemir ve Akkuş (2006)'ya göre ülkemizde sağlık hizmetleri koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri ve rehabilitasyon hizmetleri olmak üzere üç ana başlıkta incelenmektedir.

Koruyucu Sağlık Hizmetleri: Hastalık daha görülmeden önce alınan bütün mücadele ve önlemleri kapsar. Bu sağlık hizmetleri daha önce de değinildiği gibi kamu tarafından sağlanır. Koruyucu sağlık hizmetleri toplumun her ferdi için verilir. Sosyal faydası, özel faydasına oranla daha önemlidir (Aktan ve Işık, 2007: 14). Koruyucu sağlık hizmetleri, çevreye ve kişiye yönelik olmak üzere iki grupta ele alınır.

Çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri, çevre sağlığını olumsuz etkileyen faktörlerin ortadan kaldırılmasını içerir. Su kaynaklarını sağlama ve denetleme, hava kirliliğinin denetimi, katı atıkları denetleme zararlı canlılar ile mücadele etme, endüstri sağlığı, iş sağlığı vb., konuları içerir.

Kişiye yönelik sağlık hizmetleri, toplu hastalığa sebep olan faktörlere karşı güçlü dirençli kılmayı hedefler. Bağışıklama, erken tanı ve tedavi, sağlık eğitimi, ana çocuk sağlığı, beslenmenin iyileştirilmesi hizmetlerinden oluşur.

Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri: Bu hizmetler, koruyucu hizmetlerden sonraki ikinci kademedir. İnsanlara özel fayda sağlamaktadır. Hastalık belirtileri ya da hastalık görüldükten sonra hastalığın teşhis, tanı ve tedavi sürecini içermektedir. Toplam üç hizmet basamağından oluşmaktadır (Tengilimoğlu ve ark. 2009: 48).

Birinci basamak tedavi hizmetleri, hastalıkların ayakta ve evde tedavi ve teşhisi için sunulan sağlık hizmetleridir. Türkiye’de sağlık ocakları, muayenehaneler, sağlık merkezleri ve poliklinikler tarafından verilmektedir.

İkinci basamak sağlık hizmetleri, yoğun bir tıbbi teknoloji ve bilgi gerekmeyen hastalıkların teşhis edilmesi ve yatarak tedavi edilmesi için sunulan hizmetlerdir. Türkiye’de yataklı sağlık merkezleri ve genel hastaneler tarafından verilir.

Üçüncü basamak tedavi hizmetleri, üniversite hastaneleri gibi hastaneler tarafından verilen, yoğun bilgi ve ileri teknoloji içeren, özel tedavi ve ileri tetkik gerektiren hastalıklar için sunulan sağlık hizmetleridir. Onkoloji hastaneleri, sanatoryum hastaneleri ve ruh sağlığı ve hastalıkları hastaneleri üçüncü basamak tedavi hizmetleri veren sağlık kuruluşlarına örnek gösterilebilir.

Rehabilitasyon Hizmetleri: Kaza ve hastalıktan kaynaklanan veya doğuştan gelen bir takım fiziksel, ruhsal ve zihinsel bozuklukların giderilmesi ve bireylerin normal hayata adapte olup yaşamlarını idame ettirebilmeleri için verilen sağlık hizmetlerini kapsar. Sosyal rehabilitasyon ve tıbbi rehabilitasyon olmak üzere ikiye ayrılır. Birincisi bedensel kalıcı sakatlıkların giderilmesi için verilen sağlık hizmetidir. İkincisi, bir özürlü veya sakatlığı olan insanların, gündelik yaşama daha aktif bir şekilde katılabilmesi ve başka insanlara bağımlılık duymadan yaşamaları için iş bulma, işe uyum sağlama veya bir işi öğretme çabalarını kapsar.

2.2. Türkiye’de Sağlık Hizmetleri

Türkiye’de sağlık hizmetleri özel ve kamu sağlık kurumları tarafından sunulmaktadır. Daha önce de değinildiği üzere sağlık hizmetleri birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetleri ve rehabilitasyon hizmetleri olmak üzere üç grupta arz edilmektedir. Sağlık hizmetlerinin temel tedarikçisi Sağlık Bakanlığı’dır. Sağlık

Bakanlığı dışındaki tedarikçiler ise bakanlık denetimi altında hizmet sunmaktadırlar. Koruyucu sağlık hizmetleri diğerlerinden farklı olarak sadece devlet tarafından kamu ya arz edilmektedir.

2.2.1. Türkiye’de Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

Türkiye’deki birinci basamak sağlık hizmetlerini 112 Acil Yardım İstasyonları, Kanseri Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezleri (KETEM), Verem Savaş Dispanserleri, Toplum Sağlığı Merkezleri, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezleri, Aile Sağlığı Merkezleri ve Sağlık ocakları vermektedir. Bu kuruluşlar aşağıdaki tabloda gösterilmiştir.

Tablo 7: Yıllara Göre Sağlık Bakanlığı Birinci Basamak Kuruluşları

	2002	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Sağlık Ocağı	5.055	-	-	-	-	-	24.428
Aile Hekimliği Birimi	-	20.216	20.811	21.175	21.384	21.696	7.636
Aile Sağlığı Merkezi	-	6.520	6.660	6.756	6.829	6.902	970
Toplum Sağlığı Merkezi	-	957	957	971	970	970	5.419
Sağlık Evi	2.899	4.344	5.691	5.594	5.572	5.544	181
AÇSAP Merkezi	298	183	189	183	182	182	180
Verem Savaş Dispanseri	277	194	179	177	179	181	159
Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi (KETEM)	84	124	124	134	132	156	2.400
112 Acil Yardım İstasyonu	481	1.710	1.863	2.072	2.186	2.323	4.840
Halk Sağlığı Laboratuvarları	-	-	-	83	83	83	24.428

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2017

Aile Sağlığı Merkezi: Birinci basamak sağlık hizmetleri arasında en yaygın kuruluş olan, Tablo 6’dan da anlaşılacağı üzere Aile Sağlığı Merkezleri’dir. Bu merkezler sağlık hizmeti arzına ilk kez 5258 sayılı ve 24.11.2004 tarihli Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun gereğince, 15 Ekim 2005 tarihinde, Düzce ilinde başlamış, 13 Aralık 2010 tarihinden itibaren de tüm Türkiye’de aile hekimliği uygulamasına geçildiği için bütün sağlık ocakları kapatılmıştır.

5258 sayılı yasaya göre aile hekimi, bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetleriyle birinci basamak tedavi, teşhis ve rehabilite edici sağlık hizmetini

hastalık, cinsiyet ve yaş ayrımı yapmadan bütün insanlara devamlı ve kapsamlı bir şekilde, belirli bir yerde vermek durumunda olan, gerekirse gezici sağlık hizmetleri de veren, tam zamanlı çalışan uzman aile hekimi ya da Sağlık Bakanlığı'nın belirlediği eğitimleri almış olan tabip ya da uzman tabiptir.

Bireysel koruyucu sağlık önlemleri, evde bakım hizmetleri ve ayakta tedavi de aile hekimliğinin kapsamı altındadır. Birinci basamak sağlık hizmetlerini aşacak durumda olan problemlerdeyse hasta, gerekli doktora yönlendirilmektedir. Aile hekimleri, bu yönü ile bir koordinatör görevine de sahiptir ve onlar sayesinde ikinci basamak sağlık hizmetlerinin verildiği kurumlarda yığılmanın önüne geçilmekte, yanlış doktora başvurma engellenmektedir. Bu da kurumlarda verilen hizmetlerin daha kaliteli ve kolay bir şekilde yapılmasını, dolayısı ile maliyetlerin düşürülmesini sağlamaktadır. Aile Sağlık Merkezleri'nde çalışan doktor ve sağlık personeli sadece merkeze gelen hastalara değil, sağlam veya hasta, sorumlu olduğu mahalle veya bölgede yaşayan herkese hizmet vermekle yükümlüdür.

Toplum Sağlığı Merkezi: O bölgede yaşayan insanların sağlıklarını korumayı ve geliştirmeyi ön planda tutarak, sağlık ile alakalı sorun ve riskleri belirleyen, bu sorunların giderilmesi için planlar yapan ve uygulamaya koyan ya da uygulatan; birinci basamak koruyucu, rehabilite edici ve iyileştirici sağlık hizmetini müdürlüğün idare ve sevkinde organize eden, bu hizmetleri verimli bir biçimde sunan, destekleyen ve değerlendiren, bölgedeki diğer sağlık işletmeleri arasındaki koordinasyonu sağlayan kuruluşlardır (Çatak ve ark., 2012)

TSM, aile hekimlerine aile planlaması, anne ve çocuk sağlığı ve aşılama gibi alanlarda, Sağlık Bakanlığı'nın senelik programına uygun bir şekilde ücretsiz lojistik destek sağlarlar.

Fiili olarak birinci basamak sağlık hizmetleri sunan merkezler, verem savaş dispanserleri, AÇSAP merkezleri, kurum hekimlikleri bir araya getirilmektedir ve bunlar, Sağlık Bakanlığı'nın Sağlık Dönüşüm Programı kapsamındaki toplum sağlığı merkezlerinin kapsamındadır. Dönüşüm programı ile tüm bölgelerdeki en uygun yerler, toplum sağlığı merkezi, aile sağlığı merkezler ve aile hekimliği olarak kullanılmaktadır. Ayrıca toplum sağlığı merkezleri, planlama ve eğitim merkezi şeklinde de hizmet vermektedir. Uygun yerlerde 112 ilk ve acil yardım istasyonları, toplum sağlığı merkezi ve ilçe sağlık idaresi aynı binada hizmet sunabilecektir.

Toplum sağlığı merkezleri sosyal hizmet çalışmaları, okul sağlığı ve toplu yaşam alanları hizmetleri, sağlık eğitimi hizmetleri, sağlığın geliştirilmesi ve teşviki, afet hizmetleri, iş sağlığı ve güvenliği hizmetleri, evre sağlığı hizmetleri, laboratuvar ve görüntüleme hizmetleri, kaza ve yaralanmalardan korunma hizmetleri, adli tıp hizmetleri, acil sağlık hizmetleri, ulusal programlar, üreme sağlığı hizmetleri, bulaşıcı olmayan hastalıkların kontrolü, bulaşıcı hastalıkların kontrolü, izleme ve değerlendirme, üniversitelerle işbirliği, plan ve program yapma, kayıt ve istatistik, idari ve mali işler gibi faaliyetleri yürütmekle ykmldrlr (İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü, 2019)

Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezleri (KETEM): KETEMler devlet hastanelerinin bünyesinde faaliyet göstermektedir. 2009 senesinde Sağlık Bakanlığına bağlı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı tarafından tüm Türkiye’de 88 tane KETEM kurulmuştur. KETEM faaliyetlerinin yürütülmesi iim ayrıca İBB’ye bağlı 34 tane Kadın ve Aile Sağlığı Merkezi ile beraber toplamda 122 KETEM faaliyetini sürdürmektedir. Meme ve serviks kanseri için yapılan taramalar, telefon veya mektup gibi pek çok yöntemle kadınları davet ederek, gerekli test ve muayenenin yapılmasıyla gerçekleşmektedir. Erken teşhis ve tarama kapsamındaki bu hizmetleri kamu, ücretsiz bir şekilde vermektedir (Sağlık Bakanlığı, 2019)

2.2.2. Türkiye’de İkinci ve nc Basamak Sağlık Hizmetleri

Türkiye’de ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti veren kuruluşlar zel Hastaneler, Milli Savunma Bakanlığı Hastaneleri, niversite Hastaneleri, Sağlık Bakanlığı Hastaneleri ve yerel idarelere ait hastanelerden oluşmaktadır. Tablo 8’de 2015 yılına ait sektörlere göre hastane ve yatak sayıları verilmiştir.

Tablo 8: Sektörlere Göre Hastane Sayısı

Bölge Adı	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel	Toplam
İstanbul	56	16	166	238
Batı Marmara	53	4	23	80
Ege	119	7	66	192
Doğu Marmara	77	4	51	132
Batı Anadolu	70	13	51	134
Akdeniz	81	8	86	175
Orta Anadolu	72	4	23	99
Batı Karadeniz	98	3	19	120
Doğu Karadeniz	68	2	12	82
Kuzeydoğu Anadolu	52	2	5	59
Ortadoğu Anadolu	54	3	18	75
Güneydoğu Anadolu	76	3	45	124
Türkiye	876	69	565	1.510

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2017

Tablo 8'e göre sağlık bakanlığına ait hastane sayısı üniversite ve özel hastane sayılarından daha fazladır. Sağlık Bakanlığı'nın sahip olduğu hastaneler, toplam hastane sayısının yaklaşık %40'ına karşılık gelmektedir.

Tablo 9: Sektörlere Göre Hastane Yatağı Sayısı

Bölge Adı	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel	Toplam
İstanbul	17.268	4.722	14.134	36.124
Batı Marmara	6.472	1.643	1.633	9.748
Ege	18.312	4.920	5.361	28.593
Doğu Marmara	13.072	2.945	3.734	19.751
Batı Anadolu	14.822	7.165	4.488	26.475
Akdeniz	15.230	4.585	6.650	26.465
Orta Anadolu	6.894	2.703	1.869	11.466
Batı Karadeniz	10.260	1.829	1.737	13.826
Doğu Karadeniz	6.565	816	1.174	8.555
Kuzeydoğu Anadolu	4.431	1.421	279	6.131
Ortadoğu Anadolu	7.447	2.368	1.274	11.089
Güneydoğu Anadolu	12.148	2.590	4.810	19.548
Türkiye	132.921	37.707	47.143	217.771

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2017

Tablo 9’da sağlık bakanlığın hastane yatak sayısının, üniversite ve özel hastanelerin yatak sayısından daha fazla olduğu görölmektedir. Sağlık bakanlığı, toplam yatak sayısının yaklaşık %60’ına sahiptir.

İkinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri daha ziyade yatarak tedavi gören hastalara sunulmak üzere planlanmıştır. Ancak ölkemizde birinci basamak sağlık hizmetlerinin tam anlamıyla görevini yerine getirebilmesi bakımından yeni yapılandırılıyor olması, birinci basamak sağlık hizmetlerinin de ikinci basamak sağlık hizmeti veren kuruluşlardan alınmasına sebep olmaktadır. Yeni yapılandırılma sebebiyle halkın, birinci basamak sağlık hizmetleri sunan kurumlara yeterince güven duymaması ve alışkanlıkları, ikinci basamak sağlık hizmetlerinin sevk yoluyla değil doğrudan kullanılmasına, dolayısıyla da ikinci basamak sağlık hizmeti veren kuruluşlarda gereksiz yığılmaların meydana gelmesine neden olmaktadır.

Algılanan hizmet kalitesi ve müşteri (hasta) memnuniyeti bakımından araştırmamıza konu olan Tokat Devlet Hastanesi ikinci basamak sağlık hizmeti veren bir kuruluştur. Bu nedenle ikinci basamak sağlık kuruluğu olan hastaneler ayrı bir başlık altında ele alınmıştır.

2.3. Sağlıkta Dönüşüm ve Aile Hekimliği Sistemi

Sağlıkta Dönüşüm Projesi (SDP) ilk kez 1991-1993 tarihlerinde sağlık reformları olarak ele alınmıştır fakat dönüşüm olarak tanımlanması AKP hükümeti döneminde olmakla birlikte sağlık reformuyla sağlıkta dönüşüm arasında yapılması planlanan uygulamalar açısından herhangi bir farklılık bulunmamaktadır (Belek, 2012). SDP; sağlık alanında IMF ve DB gibi kuruluşların ilke ve programlarıyla uyumlu bir şekilde yapılması istenen düzenlemelerdir (Akkaya ve Demircioğlu, 2007; Hamzaoglu, 2006; Özdemir ve Yücesan Özdemir, 2006).

2.3.1. Sağlıkta Dönüşüm

SDP dört ana bileşen üzerine kurulmuştur. SDP’nin ilk bileşeni Sağlık Bakanlığının sağlık hizmetleri veren bir kurum olmaktan çıkartılması ve sağlık piyasasını denetleyen ve düzenleyen bir kurum haline getirilmesidir. İkinci bileşen, Emekli Sandığı, Bağ-Kur ve SSK gibi sosyal güvenlik kurumlarını GSS adı altında birleştirmek ve GSS’y, sağlık hizmeti satın alma temelli kurumlaştırmasıdır. Üçüncü

bileşen, aile hekimliği uygulaması kapsamında birinci basamak sağlık hizmetlerinde önemli değişikliklerin yapılmasıdır (Ataay, 2006). Dördüncü bileşen ise Kamu Hastane Birliklerinin kurulmasıdır. Bunların yanında taslaklar, sağlık işletmelerinin verdiği klinik hizmetleri özel şirketlere verdirme, mesai saatleri dışında doktorları kendi isimlerine ücretli sağlık hizmeti verebilmesi ve özel kuruluşlardan hizmet alabilme imkânını da tanımaktadır (Ataay, 2005). Tablo 10'da yıllara göre SDP için yapılan uygulamalar verilmiştir.



Tablo 10: Sağlıkta Dönüşüm Programı

TARİH	DEĞİŞİKLİK
2003	SDP açıklandı. Performansa dayalı ek ödeme pilot çalışması başladı. Devlet memurları özel hastanelerden yararlanmaya başladı.
2004	Sağlık Bakanlığı hastanelerinde performansa dayalı ek ödemeye geçildi. Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Yasası TBMM'ye gönderildi İlaç fiyatlarının belirlenmesinde ülkeler arası referans fiyatlamaya geçildi. İlaçta geri ödeme referans fiyatlama yöntemine geçildi. İlaçta KDV oranı %8'e indirildi.
2005	SSK sağlık kurumları ve bazı kamu sağlık kurumları Sağlık Bakanlığına devredildi. SSK üyeleri ilaçlarını serbest eczanelerden almaya başladı. Yeşil kart sahiplerinin ayakta sağlık harcamaları ve ilaçları ödenmeye başladı. Yeşil kart sahiplerinden ilaçta % 20 katılım payı alınmaya başladı.
2006	Sağlık bakanlığı hastanelerine global bütçe uygulamasına geçildi. Daha önceden ödenen bazı ilaçlar pozitif listeden çıkarıldı. Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu çıkarıldı. Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun bazı maddeleri iptal edildi.
2007	Ayakta ve yatan hastalarda paket fiyat uygulamasına geçildi. Sosyal Güvenlik Kurumunda MEDULA sistemi devreye girdi. Özel sağlık kurumlarının kuruluşu ile ilgili kapsamlı düzenlemeler yapıldı.
2008	Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası ile ilgili Kanunlar yürürlüğe girdi. 18 yaş altında tüm nüfus güvence altına alındı.
2009	İlaçta geri ödeme bandı, eşdeğer gruptaki en ucuz +%15 olarak değiştirildi. Ödeme Komisyonunun çalışma esas ve usulleri yönergesi yayımlandı. Ayakta bakım hizmetleri için katkı payları getirildi. İlaçta Global bütçe uygulamasına geçildi. İlaç fiyatlarının belirlenmesinde yeni indirim oranları getirildi.
2010	Aile hekimliği tüm yurttan yaygınlaştı. Özel hastaneler sınıflandırılarak alabilecekleri ilave ücretler belirlendi. Aktif kamu çalışanları ve bağımlıları SGK 'ya devredildi. Tüm Gün Yasası ile ilgili düzenlemeler yapıldı.
2011	Sağlık Bakanlığı Hastanelerinde teşhisle ilişkili gruplara geçildi. Tam Gün Yasası üniversitelerde uygulanmaya başladı. 02.11.2011 tarihinde 28103 sayılı Resmi Gazetede 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşların Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Karamame yayınlandı.

Kaynak: Tatar, 2011.

Hızlı bir şekilde uygulamamaya geçirilen SDP'de tüm sağlık hizmeti basamaklarında performansa dayalı ödeme modeli ve hekim odaklı tedavi hizmetleri nedeniyle teknoloji ve ilaç kullanımı, rekabet, uzmanlaşma ve hastanecilik hizmetleri teşvik edilmiş, ekip çalışmasından uzaklaşmıştır. Döner sermaye uygulamasının üniversitelerde başlaması, sağlık ocaklarında ve hastanelerde de performans ve döner

sermaye ödemesi yapılması, sağlık ocaklarına yazar kasanın yerleştirilmesi, sözleşmeli ve taşeron personel uygulamalarıyla sağlık hizmetleri işletmeleşmiş, aile hekimliği ve sağlık ocakları da muayenehane haline gelmiştir (Demirdizen, 2012).

2.3.2. Aile Hekimliği Sistemi

Aile Hekimliği (AH)'nin ilk teorisyenlerinden biri olan Dr. Francis Peabody, tıp bilimlerinde ortaya çıkan aşırı uzmanlaşmanın sonucunda bazı hastaların ortada kaldığını, hastaları bir bütün şeklinde ele alacak bir uzmanlık dalının gerekli olduğunu savunarak, toplum içerisinde sıkça karşı karşıya kalınan sağlık problemlerine genel anlamda etkin bir yaklaşıma sahip olacak doktorlara ihtiyaç olduğunu belirtmiştir. Bu amaçla ilk olarak İngiltere'de 1952 senesinde Royal College of General Practitioners kurulmuştur (Özcan Paycı ve Ünlüoğlu, 2004).

1960'lı yılların başında birinci basamak hizmet verebilecek doktorlardan oluşacak yeni bir tıp disiplini kurulmaya karar verilmiştir. 1969 yılında ABD'de Board of Family Practice (Aile Hekimliği Kurulu) kurulmuş ve aile hekimliği uzmanlığının ilk adımları atılmıştır (Burak ve Karataş, 2011). Edinburg'ta 1963 yılında ilk aile hekimliği bölümü açılmakla birlikte Kraliyetçe kabul edilmesi 1967 yılında olmuştur (Ergüder, Esin, Kutlu ve Kanyılmaz, 2000). Aile Hekimliği Sistemi (AHS) ilk olarak 1966 yılında American Tıp birliği tarafından yayınlanan Millis ve Willard raporları ile tanınmıştır (Aktürk ve Dağdeviren, 2004).

1978 senesinde yapılmış olan Alma Ata Konferansı AHS'nin gelişmesi bakımından önemli bir yere sahiptir. Bu konferansın sonucunda, BBSH sunumunun kendisine has koşullar ve bilgi içerdiği ve bu alanda uzman olan hekimler tarafından sunulması gerektiği vurgulanmış, bu amaçla tüm dünyada bu konu üzerine çalışmalar başlatılmıştır (Özcan Paycı ve Ünlüoğlu, 2004). Günümüzde isimlendirme ve uygulamada farklılıklar olsa da pek çok ülkede aile hekimliği, BBSH'nin temelidir.

AH kavramı Türkiye'de 1980'li yıllarda konuşulmaya başlanmış ve 1983'te Tababet Uzmanlık Tüzüğüne girmiştir. İlk defa 1984'te Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesinde Aile Hekimliği Anabilim Dalı olarak kurulmuştur. 1985'ten sonra da İzmir, İstanbul ve Ankara'daki eğitim hastanelerinde aile hekimleri yetiştirilmeye başlamıştır (Ergüder ve ark. 2000).

16 Temmuz 1993'te Yüksek Öğretim Kurumu 2547 sayılı kararıyla tıp fakültelerinde Aile Hekimliği Anabilim Dallarının kurulmasını onaylamıştır. Bu karar, AH'nin akademik gelişimi açısından önemlidir. Trakya Üniversitesi'nde 17 Eylül 1993'te Aile Hekimliği Anabilim Dalı kurulmuş, üniversitelerde AH asistanlık eğitimi başlamıştır. 1994 yılında AH uzmanları, akademik kadrolarda yer almaya başlamıştır (Özcan Paycı ve Ünlüoğlu, 2004). Ankara'da 1990'da Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (AHUD) kurulmuştur. Bakanlar Kurulu kararıyla AHUD'un adı 1998 yılında Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (TAHUD) şeklinde değiştirilmiştir (Hazine Müsteşarlığı, 2011).

AHS'nin uygulanması amacıyla, DB'yle imzalanmış olan Temel Sağlık Hizmetleri Projesi, 17 Aralık 1997 tarihli Resmi Gazete'de yayınlanmış ve yürürlüğe konulmuştur. Projenin alt başlıkları arasında; AH ve sevk sistemi oluşturmak için eğitim hizmetleri ve teknik danışmanlık sağlanması, eğitim programları ve gereksinimlerinin belirlenmesi, AH uygulamalarına destek vermek için proje illerde belirlenen kamu sağlığı merkezlerini iyileştirme bulunmaktadır. Bu merkezlerde bilgisayar sistemi kurulması da, bu projenin amaçları arasındadır (Kutbay, 2002).

2004 senesinde çıkarılan 5258 Sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun ile 1961 yılında kabul edilen 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun ile öngörülen sağlık sistemi yerine Aile Hekimliği Modeline geçiş süreci başlamıştır (Sönmez ve Sevindik, 2013). Kanun, AH'yi birinci basamak tedavi edici hizmetlerden sorumlu hale getirmiştir. Bunun yanında bu hizmetler, kişiye ve topluma yönelik olmak üzere ikiye bölünmüş; topluma ve çevreye yönelik olanları toplum sağlığı merkezleri, kişiye yönelik olanları ise AH'nin yürütmesi kararlaştırılmıştır (Elbek ve Adaş, 2009; Ataay, 2008). AH uygulamasıyla ilgili yönerge ve yönetmelikler, genel anlamı ile şunlardır (Öztek, 2006):

1. ASM, sistemin temel birimidir. Birim, bir ASE ve bir AH'den oluşur. Türkiye'deki tüm insanların bir aile hekimi olacaktır. Aile fertleri ise farklı bir hekim seçme şansına sahiptir.

2. Şehir merkezinde yaşayan insanlar, hekim seçme özgürlüğüne sahiptir ancak kırsal bölgelerde oturanların bir seçim şansı yoktur. İl Sağlık Müdürlüğü, tüm köyleri en yakında bulunan ve listede yeterince kişi kayıt edilmeyen bir AH'ye verecek, köydeki insanlar da oradaki hekimden hizmet alacaktır.

3. Bir AH'ye en çok 4000, en az 1000 vatandaş kayıt edilebilmektedir.
4. Bireylerin sahip olduğu doktor seçme özgürlüğünün yanında, hekimlerin de hasta seçme özgürlüğü vardır. Bir hekim, listesine girmek isteyen bir hastayı kabul etmeyebilir.
5. Hem kamudaki hekimler hem de özelde çalışan hekimler, AH olabilmektedir.
6. Özel statüde olan AH, kendisine uygun bir yer bulamadığı zaman, bir sağlık ocağında da hizmet verebilir. Böyle bir durumda hekim, kira ödemek durumundadır.
7. Pratisyen hekimler AH olarak çalışmak isterse, aile hekimliği eğitimi aldıktan sonra AH olabilecektir.
8. Tüm ilçelerde toplum sağlığı merkezi olacaktır. İlçe sağlık idaresi gibi çalışacak bu merkezler, gıda kontrol ve çevre koruyucu sağlık hizmetleri de yapacak, bölge dışından gelen hastaları muayene edecek ve merkezi laboratuvar görevi yapacaktır.
9. AH'ler, BBSH'den sorumlu olacak ve sadece kendi listeleri içerisinde olan hastalara bakacaktır. Sistemle ilgili yapılan ilk açıklamalar, AH'den sevk edilmeden direk olarak hastaneye giden hastaların masraflarını sigortanın karşılamayacağı yönündedir ancak acil servisler buna dahil değildir. Fakat daha sonra yapılan uygulama ve açıklamalarda bu ilkedan vazgeçilmiştir. AH tarafından sevk edilmeyen hastalar da kamu veya özel, bir ikinci basamak hizmetine direk olarak başvurabilmektedir. Başka bir ifadeyle sevk zinciri uygulaması başlamamıştır.
10. AH'ler, aldıkları eğitime göre hastalara farklı müdahalelerde bulunacaktır. AH'ler kendi eğitimlerine göre farklılık göstermekte, standart bir göreve sahip olmamaktadır. AH görevi yapan bir pratisyen hekimle aile hekimliği veya başka bir alanda uzman olan ve AH'lik yapan hekimler, farklı tıbbi yetkilere sahip olmaktadır.
11. AH kendisine bağlı köylerde ev ziyareti yapabilecek, ecza dolabı çalıştırabilecektir.
12. İkinci basamak kuruluşları her tür hastanenin yanında özel uzman hekim muayenehanesi, özel hastane ve tıp merkezi de olabilmektedir. Sağlık Bakanlığı, bu yerlerin standartlarını belirleyecektir. Bu şartlara uyan yerler ile il yetkilileri arasında bir sözleşme imzalanacaktır. Bu yerler standartlarını koruyamadığı zaman ise sözleşmeleri bitirilecektir.

13. Pilot kanuna göre çıkartılan yönetmeliklerde belirtildiği üzere bir AH'ye çalıştığı kendisine bağlı kişi sayısına, uzmanlık dalına ve bölgeye bağlı olarak 3500-11.000 TL arasında aylık ödenecektir

2005 yılında pilot olarak seçilen Düzce İlinden başlanan AHS, 2006 senesinde Gümüşhane, Denizli, Adıyaman, Edirne, Bolu ve Eskişehir; 2007'de Amasya, Sinop, Bartın, İzmir, Samsun, Isparta ve Elazığ; 2008'de Erzurum, Bilecik, Kırşehir, Kastamonu, Tunceli, Çankırı, Yalova, Kırıkkale, Burdur, Adana, Karabük, Karaman, Osmaniye, Manisa, Çorum ve Bayburt; 2009 yılında Trabzon, Rize, Uşak ve Bursa illerinde uygulamaya konmuştur (Özdemir, 2012). Kalan illerin de 2010 yılında aile hekimliği uygulamasına geçmesiyle birlikte ülkemizin tamamında AHS uygulanmaya başlamıştır.

2.3.2.3. Aile Hekimi (AH)

AH kişilerin kendileri tarafından seçilen, seçen bireyi toplum ve ailesi ile beraber bir bütün şeklinde ele alarak tedavi ve koruyucu sağlık hizmetlerini beraber veren; sorumluluğunda olan hastalarla sosyal, ruhsal ve biyolojik yönlerden ilgilenen hekimdir (Sağlık Bakanlığı, 2004). AH genel olarak tüm klinik bilimlerde bilgi sahibi olan ve hastalıklar konusunda deneyimli hekim grubudur. AH'den beklenen, hastaların geçmiş bilgilerinden faydalanarak kültürel, psiko-sosyal bütünlüğü göz önünde bulundurmak, şikayetlerini gidermek ya da azaltmak ve rahatsızlıkla ilgili bir tanı koymaktır (Saatçi, İnan ve Akpınar, 2006).

The World Organization of Family Doctors tarafından AH, klinik uygulaması ve kanıt temeli olan bilimsel ve akademik bir disiplin ve birinci basamak hizmeti yönelimli bir klinik uzmanlık şeklinde tanımlanmıştır.

AH'nin yasal dayanağı 5258 sayılı ve 24.11.2004 tarihli Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanunun 8. maddesinin 1. fıkrası ve bu kanuna dayanılarak çıkarılan 27591 sayılı ve 25 Mayıs 2010 tarihli Resmi Gazetede yayınlanan Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğidir. Yönetmeliğin İkinci Bölüm Çalışma Usul ve Esasları başlıklı kısmında 4. maddede AH'nin görev, yetki ve sorumlulukları şunlardır (Mevzuat, 2013):

1. AH, ASM'yi yönetmek, beraber çalıştığı ekibin hizmet içi eğitimlerini ve denetlemesini yapmak, bakanlık tarafından yürütülen özel sağlık programları gereğince bireye yönelik sağlık hizmetleri yürütmekle yükümlü olmaktadır.

2. AH, bünyesine kaydolun bireylerin bir bütün şeklinde ele alarak, kişiye yönelik rehabilite ve tedavi edici, koruyucu sağlık hizmetlerini ekip olarak sunmaktadır.

3. AH, Bakanlığın belirlediği usul ve esaslara göre;

a) Hizmet verdiği bölgenin sağlık hizmetlerini planlayarak, bölgede bulunan toplum sağlığı merkeziyle iş birliği kurar.

b) Muayene esnasında şahit olduğu çevre ve toplum sağlığını ilgilendiren durumları, bölgede bulunan TSM'ye bildirir.

c) Bünyesinde kayıtlı olan kişilerin ilk değerlendirmesinin yapılması için, 6 ay içerisinde ev ziyaretleri yapar ya da kişilerle iletişim kurar.

ç) Kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleriyle birinci basamak danışmanlık, rehabilitasyon, tedavi ve tanı hizmetleri sunar.

d) Sağlık ile alakalı olarak, bünyesinde kayıtlı olan insanlara rehberlik ederek, sağlığı koruyucu ve geliştirici hizmetlerle aile planlaması ve anne-çocuk sağlığı hizmetleri verir.

e) Düzenli aralıklarla sağlık muayenesi yapar.

f) Kayıtlı insanların hastalık, cinsiyet ve yaş gruplarıyla ilgili taramalar (kronik hastalıklar, kanser, loğusa, gebe, bebek, yeni doğan, çocuk sağlığı, yaşlı, yetişkin, adolesan sağlığı vb.) yapar.

g) Evde takip edilmesi zorunlu olan ve kendisine kayıtlı olan yatalak, yaşlı ve özürlü hastalara gezici/yerinde ya da evde hizmet verir.

ğ) ASM şartları altında tedavisi ya da tanısı yapılamayan hastaların sevkini yapar. Sevk edilen hastaların, daha sonra geri bildirimi yapıldığı zaman tanı, tetkik, yatış ve tedavi bilgilerini değerlendirir, ikinci ve üçüncü basamak rehabilitasyon ve tedavi hizmetleriyle evde bakım hizmetlerini koordine eder.

h) Tetkik hizmetleri verir veya bu hizmetlerin verilmesini sağlar.

ı) Verilen hizmetler ile alakalı olarak sağlık kayıtları tutup, gereken bildirimlerin yapılmasını sağlar.

i) Kendisine kayıt olan kişileri en az senede bir kez değerlendirip, sağlık kayıtlarını güncel tutar.

j) Gerekli zaman hastayı gözlem altında tutarak tedavi ya da tetkiklerini yapar.

k) Entegre sağlık hizmetlerinin verildiği yerlerde hastayı gerektiği zaman yatırarak gözlemler, tedavi ve tetkiklerini yapar,

l) İlgili mevzuatta resmi tabipler ve birinci basamak sağlık kuruluşları tarafından kişilere düzenlenebileceği belirtilen reçete, sevk evrakı ve rapor gibi belgeleri düzenler.

m) Bakanlığın belirlediği konularda hizmet içi eğitimler alır.

n) İlgili mevzuat ve bakanlık tarafından verilen diğer görevleri yerine getirir.

2.3.2.4. Aile Hekimliğinde Çekirdek Yeterlilikler

Aile hekimliği uzmanı, 6 çekirdek yeterliliğe sahip olmalıdır. 2002 senesinde WONCA- AVRUPA bölgesi Aile Hekimliği/ Genel Pratisyenlik uzmanlığı ve disipliniyle ilgili yaptığı tanımında, tüm uzman aile hekimlerinin bu özelliklerde ustalaşması gerektiği belirtilmiştir. Bu özellikler (WONCA, 2002):

1. Birinci basamak yönetimi (Primary care management): Hastalarla ilk karşılaşmayı yönetme, birinci basamaktaki diğer sağlık çalışanlarının vermekte oldukları sağlık hizmetlerini koordine edebilme, amacına uygun ve etkin bir sağlık hizmeti kullanımı ve sağlık bakımı sunumu yapma, hastayı savunabilme.

2. Kişi merkezli bakım (Person centered care): Hastalara hizmet sunarken, kişi merkezli bir yaklaşım benimseme. Hastalarla görüşme yaparken, iletişim kurma hastaya saygı göstererek etkin bir hasta-hekim ilişkisi kurma ve hastayla iş birliği sağlama.

3. Özgün problem çözme becerileri (Specific problem solving skills): Laboratuvar incelemeleri, fiziksel muayene ve öyküden bilgiler elde etme ve bunları yorumlama konusunda seçici olma, elde ettiği bilgileri hastayla iş birliği halinde kullanma, laboratuvar incelemelerini gerektikçe isteme gibi aile hekimliğine uygun çalışma ilkelerini benimseyerek, gerektiğinde acil girişimde bulunma.

4. Kapsamlı yaklaşım (Comprehensive approach): Kişide ayı anda olan çok sayıda şikâyet ve hastalığı, ani veya kronik sağlık sorunlarını birlikte yönetme, hastalıkları önleme ve sağlığı geliştirme stratejilerini uygun bir biçimde kullanarak kişinin sağlık durumunu iyileştirme, sağlığı koruma, geliştirme, bakım, tedavi, hastalık belirtilerinin azaltılması ve rehabilitasyon hizmetlerini koordine etme ve yönetme.

5. Toplum yönelimli olma (Community orientation): Elindeki kaynakları dengeli bir şekilde kullanarak, başvuran kişilerin bireysel sağlık gereksinimleri ile onların parçası oldukları toplumun sağlık ihtiyaçlarını karşılamak.

6. Bütüncül yaklaşım (Holistic approach): Biyo-psikososyal yaklaşım modelini uygulamak.

2.3.2.5. Aile Sağlığı Elemanı (ASE)

AH'yle beraber eğitim kurumu ya da Türkiye Halk Sağlığı Kurumu tarafından görevlendirilen ya da sözleşmeli olarak çalışan sağlık memuru, ebe, acil tıp teknisyenleri ve hemşireler, ASE olarak çalışmaktadır. 2013 yılında yayınlanan Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğine göre ASE'nin görevleri şu şekilde sıralanmıştır:

1. ASE, AH'yle beraber ekip olarak kişiye yönelik rehabilite ve tedavi edici, koruyucu sağlık hizmetlerini sunar ve görevi gereği olan hizmetlerle alakalı sağlık istatistikleri ve kayıtlarını tutar. 4. maddede belirtilen görevleri yaparken AH ile beraber çalışır.

2. ASE'nin kurum tarafından belirlenen usuller ve esaslar kapsamındaki sorumluluk, yetki ve görevleri şunlardır:

- a) Hastaların hayati bulgularının ölçülmesi ve kaydedilmesi
- b) AH gözetimi altında, talimat verilen ilaçların uygulanması
- c) Yara bakım hizmetlerinin yürütülmesi
- ç) Tıbbi cihaz, malzeme ve aletlerin hizmete hazır bir şekilde bulundurulması
- d) Poliklinik hizmetlerinde yardım edilmesi, tıbbi sekreterin olmadığı durumlarda sevki yapılan hastaların, sevk edilen kurum ile koordinasyonunun sağlanması
- e) Gerekli tetkikler için numune alınması, alınan numunelerin ilgili laboratuvara verilmesi, eğitimi çerçevesinde basit laboratuvar tetkiklerinin yapılması

f) Yerinde ve gezici sağlık hizmetleri, sağlığı koruyucu ve geliştirici hizmetlerle üreme sağlığı ve anne-çocuk sağlığı hizmetlerinin verilmesi, evde hizmet verilirken hekime yardım edilmesi

g) Kurumun belirlediği hizmet içi eğitimlere katılması

ğ) Sağlık hizmetleri verme konusundaki sorumluluk, yetki ve görevlerine göre AH tarafından verilen diğer görevlerin yapılması

h) İlgili mevzuat ve kurum tarafından verilen diğer görevlerin yapılmasıdır.

2.3.2.6. Toplum Sağlığı Merkezi (TSM)

Toplum sağlığı merkezleri, bölgede bulunan toplumun ve insanların sağlık hizmetlerini organize eden, koruyucu hekimlik hizmetleri veren, BBSH eğitimi veren kurumlar ve diğer kurumlar arasında bir eşgüdüm olmasını sağlayan, idari hizmetlerle denetim faaliyetleri ve sağlık eğitimini yürüten merkezlerdir (Söyleyici, 2010).

2.3.2.7. Aile Hekimliği Sistemine Yönelik Eleştiriler

1963 yılında uygulanmaya başlanan sağlık ocağı uygulamasıyla 2005 senesinde uygulanmaya başlanan ve 2010'un bitiminde bütün Türkiye'de uygulamaya geçen AHS uygulaması arasında hizmetin sunuluş şekli, finansmanı gibi özellikler açısından önemli farklılıklar bulunmaktadır. AHS ile sağlık örgütlenme anlayışının temelinde yatan nüfusa dayalı, aile ve bölge bütünlüğü temelinde değil; AH'nin kendisini seçen ve kaydolan insanlara hizmet vereceği, ailenin değil kişinin hekimine dayalı bir örgütlenme modelidir. AHS ile sağlık ocağı sistemi arasındaki temel farklılıklar Tablo 11'de verilmiştir.

Tablo 11: Sağlık Ocağı ve Aile Hekimliği Dönemlerinin Karşılaştırılması

Sağlık Ocağı	Aile hekimliği
• Bölge/ nüfus tabanlı hizmet • Bölgedeki herkese hizmet • Koruyucu hizmetlerin birey ve topluma yönelik olarak tek elden yürütülmesi • Gezici hizmet yaygın • Ekip hizmeti gelişkin • Kırsal ağırlıklı örgütlenme • Toplum yönelimli hizmet sunumu • Koruyucu sağlık hizmetine öncelik • Sektörler arası işbirliği • Basamaklı hizmet ve sevk sistemi • Toplum katılımı esas • Devlet memurluğu ağırlıklı • Hekimler arası dayanışma temelli • Sistematik sürekli eğitim var • Maaşa dayalı çalışma • Düşük ücretle çalışma • Ücretsiz hizmet temelli • Vergiye dayalı finansman • Hizmet sunumu ve finansmanın tek elden yürütülmesi • Fiziksel alt yapının yetersiz olması • Teknolojik olanakların yeterli olmaması	• Hasta listesi uygulaması • Sadece kayıtlı olana ve gelene hizmet • Koruyucu hizmetlerin birey ve topluma yönelik olarak ayrılması (ASM, TSM) • Gezici hizmet sınırlı • Ekip hizmeti zayıf (2 kişi ile ekip) • Kentsel ağırlıklı örgütlenme • Birey yönelimli hizmet sunumu • Tedavi ağırlıklı hizmet • Sektörler arası işbirliğinin olmaması • Sevk sistemi yok • Birey katılımı • Sözleşmeli çalışma ağırlıklı • Hekimler arasında rekabete dayalı çalışma • Sürekli eğitim sistematik değil • Performansa dayalı çalışma • Yüksek ücretle çalışma • Katılım payı temelli (ilaç katılım payı) • Prime dayalı finansman • Hizmet sunan ve finanse eden kurumların ayrılması • Fiziksel altyapının yeterli olması • Teknolojik olanakların yeterli olması

Kaynak: Çevik, 2013.

Sağlık ocaklarının yanında özellikle şehirlerde özel poliklinik ve serbest hekimlik uygulamalarından da faydalanılmaktadır. Bunun yanı sıra fiziksel özellikleri ve standartlarını Sağlık Bakanlığı'nın belirleyeceği AH'lerde muayenehane kurulabilmesi için devlet, uygun ödeme şartlarına sahip ve düşük faizli krediler verebilmektedir. Bu uygulamalara bakıldığında zaman AHS'nin, özel sektör ve serbest hekimlik yönelimli olacağı düşünülmektedir (Hamzaoglu ve Yavuz, 2009).

AH'de hizmet sunanlar değil, hizmet alanlar merkezi konumdadır. Hastalar, hekim seçme konusunda tercih yapma özgürlüğüne sahiptir. Sisteme göre hekimin listesindeki hasta sayısına göre geliri artacaktır. AH'nin listesindeki kişi sayısının belirli bir sınırın altına düştüğü zaman ve askerlik veya gebelik izinlerinde, hekim

yerine başka bir AH görevlendirilmesi gibi, sağlık çalışanlarının özlük hakları olumsuz yönde etkilenmektedir. Performans bazlı ödeme modelinde ücret verilen AH'ler, hastalar tarafından daha fazla tercih edilmek için rekabet içerisinde olmaktadır. ancak hekimlerin bu şekilde bir rekabete girmesi ve hastaların onları bir müşteri gibi seçme ve tercih etme hakkının olması, liberalizmin temel argümanlarını çağrıştırmaktadır ve bu durum etik olmayan tıbbi uygulamaların yapılmasına, gereksiz ilaç tüketiminin ortaya çıkmasına, hastanın talep ettiği tüm sağlık hizmetlerini sağlayarak sağlık harcamalarının artmasına ve yakın bir zamanda kâr için her yolun kabul edildiği bir sağlık ortamına neden olabilecektir (Elbek, 2015).

AH'nin kendisi bireysel çalışmakta ve yanında çalışan ebe veya hemşirelerin işvereni gibi olmaktadır. Bu modelde hekim dışında olan sağlık personeli, hekimin sekreteri veya yardımcısı konumunda olmaktadır. Yine sisteme göre, ASE görevinde olan çalışanların işlevleri teknik beceriler ile sınırlı ve yalnızca hekime yardımcı olma şeklinde tanımlanmış, en başta hemşireler olmak üzere bütün çalışanların, hekim isteğine göre alınmasının önü açılmıştır (Özkan ve Çatıker, 2007).

Türk Tabipler Birliği (TTB), aile hekimliğini; BBSH'nin özelleştirilmesi şeklinde görmüş ve bu uygulamayı, AH'nin kira ödediği bir muayenehanede işveren şeklinde, yanındaki sağlık personelleri ile hizmet veren, sigorta kurumları ile sözleşmeler yaparak finansman sağlayan bir model şeklinde ifade edilmiştir. Bu modelin muayenehane hekimliğini odak noktası yaptığı, bu durumun da hekimin yalnız hale gelmesini ve işletmeciyeye dönüşmesini beraberinde getireceğini belirtmektedir (TTB, 2007).

2.4. Sağlık Hizmetlerinde Kalite

Florans Nightingale 19. Yüzyılda İngiltere'de hastane hizmetlerinin iyileştirilmesiyle alakalı araştırmalar yapmıştır. Bu çalışma sağlık hizmetlerinde kalite kavramının ortaya çıkışı için bir başlangıç sayılabilir. Ancak tarihçilere göre, sağlık hizmetlerinde kalitenin tarihçesini Dr. Ernest Codman'la başlar (Kaya, 2005: 18). Codman'a göre sağduyu, tüm hastanelerin tedavi edilen tüm hastanın tedavisinin başarılı olup olmadığı netleşinceye kadar izlemesini, başarıya ulaşamamışsa ileride bu tarz bir başarısızlığın önlenmesi için bunun sebeplerini araştırmasını gerektirmektedir.

ABD’de sağlık alanında iyileştirme çabaları 20.yy da başlamış, 1920’lerden 1940’lara kadar çok yavaş ilerleme kaydedilmiş ve 1951’de kalite konusunda Joint for Accreditation of Healthcare (JCAHO) isimli bir kurum kurulmuştur (Kaya, 2005: 18).

Altmış ve yetmişli yıllar, formal kalite güvencesinin başlangıcı olarak ele alınmaktadır. Bu tarihlerden itibaren, kalite yalnızca profesyonelleri ilgilendiren bir konu olmaktan çıkmış, maliyetlerin düşürülmesi ve kalitenin iyileştirilmesi için ödeme yapan üçüncü taraflar ve hükümet için önem kazanmıştır (Sarp, 2005: 18).

2.4.1. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Kavramı

Literatürde sağlık hizmetleriyle ilgili tek bir tanım yapılmamıştır. Kalite kavramının, pek çok olayı anlatmak için kullanılan birden fazla tanımı bulunmaktadır. ABD Tıp Enstitüsünün yaptığı bir çalışmada yüzden fazla kalite tanımı ve kaliteyi ölçmede dikkate alınacak birçok parametre grubu olduğu görülmüştür (Kaya, 2005: 3).

Amerikan Sağlık rgtleri Akreditasyon Komitesi, sağlık hizmeti kalitesini, eldeki bilgilere göre verilen bakımın, bir hastadan istenen sonuçları almayı sağlaması ve istenmeyen olası sonuçları azaltması şeklinde tanımlamıştır (Karabulut ve Yapraklı, 2001: 118-119).

Donabedian ise sağlık hizmetlerinde hizmet sürecindeki tüm bölümlerde bulunan kayıplar dengesi ve beklenen kazançları hesapladıktan sonra yüksek kaliteyi, varılan maksimum bir (hastada) iyileşme beklentisidir diye tanımlamıştır (Aktürk ve Dağdeviran, 2004).

Sağlık hizmetleri sektöründe kalite, bir hizmete en fazla gereksinim duyan kişilerin ihtiyaçlarını, en az maliyetle, satın alıcılar ve daha yüksek otoritelerce belirlenmiş olan direktifler ve sınırlar çerçevesinde, tam anlamıyla karşılamaktır (Kaya, 2005: 13).

Sağlık hizmetlerinde kalite, uluslararası alanda geçerliliğe sahip olan standartlara uygun bakım, tanı ve tedavi hizmetlerinin yanında, hizmet sürecinde hastaların ihtiyaç ve beklentilerini tam olarak karşılamasıdır (Tengilimoğlu, 2011: 316).

Donebedian (1990) bir sağlık kurumunda sunulan hizmetin kalitesini belirlerken dikkat edilmesi gereken değişkenleri yedi başlık altında ele almaktadır

(Kaya, 2005: 5-12; Sarp, 2007: 501; Kavuncubaşı, 2010: 456-458; Tengilimoğlu, 2011:317-318). Bu değişkenler aşağıdaki gibidir:

Etkenlik (Efficacy); mevcut bilimsel bilgilerin ışığında ve eldeki imkanlarla hastanın sağlık durumunu maksimum düzeyde iyileştirmeyi anlatır.

Etkililik (Effectiveness); hastaların sağlık durumunda gerçekleştirilmesi beklenen ya da gerçekleştirilen somut gelişmeyi ifade eder. Etkenlik eldeki olanaklarla, her zaman somut bir iyileşme olmasa da, en iyisini elde etmeye çalışmaktır. Oysa etkililikte neticenin olumlu yönde olması gerekir. Bu yönüyle etkililik etkenlikten ayrılır.

Verimlilik (Efficiency); sağlıkta ulaşılabilir iyileştirmeleri azaltmaksızın, yani etkili hizmetten vazgeçmeksizin, hizmet maliyetini azaltma yeteneğidir.

Optimal Olma (Optimality); Maliyetler ve faydalar arasında optimum bir dengenin sağlanmasının yanı sıra, hastaların, sosyal, ruhsal ve fiziksel yönleri bakımından optimal dengenin sağlanmasının gözetilmesidir.

Kabul edilebilirlik; verilen hizmetin, hastalar veya hasta yakınlarını beklenti ve istekleri ile uyum içerisinde olmasıdır.

Yasallık; verilen hizmetleri kabul etmesidir.

Eşitlik; tüm hastalara eşit hizmet verilmesi, hastalar arasında ayrımcılık yapılmaması ve hastaların hizmetten sağladığı faydanın eşit olmasıdır.

Donabedian'ın yedi kalite özelliğine süreklilik, tam zamanında hizmet, katılım ve erişebilirlik başlıkları da eklenebilir. Bunlar aşağıda kısaca tanımlanmıştır (Çatalca, 2003: 21):

Süreklilik; hastanın tıbbi kayıtlarının düzenli ve doğru şekilde tutulması ve saklanması, hasta tekrar başvurduğunda veya başka bir kuruluşa gittiğinde hastalığı hakkındaki değerlendirmenin kolayca yapılabilmesidir.

Tam zamanında hizmet sunumu; özellikle acil vakalarda hizmetin geciktirilmeden sunulması, erken teşhis ve tedavi uygulanabilmesidir.

Katılım; hastayla işbirliğine girerek, bakım sürecinde bilinçli olarak yer almasının sağlanması.

Erişilebilirlik; hastaların sağlık hizmetine ihtiyaç duydukları yerde (bölgede) ve uzun süre beklemeden hizmeti alabilmeleridir.

2.4.2. Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetimi

Sağlık hizmetlerinde, toplam kalite yönetimi Türkiye’de doksanlı yıllardan itibaren gündeme gelmiştir. Sağlık sektörü içerisinde kalite uygulaması başlamasının temel sebepleri; tedavi kurumları arasında rekabetin artması, insanların satın alım gücünün artması, sağlık hizmeti alırken daha kaliteli bir bakım alma isteğinin artması, düşük maliyet-kaliteli hizmet arasındaki çelişki giderilerek, verimli ve etkili bir hizmet sunmayı sağlama isteğidir (Çoruh, 1994: 2)

Sağlık sektöründe toplam kalite yönetimi uygulamaları en yalın şekliyle beş başlık altında toplanabilir. Bunlar (Çavuş ve Gemici, 2013: 251-252):

Mevcut Kalite Düzeyinin Ölçülmesi: Sağlık hizmetlerinde kaliteli hizmet sunabilmek için sağlık kuruluşlarının öncelikle mevcut durumları hakkında veriler toplaması, bu verilerin analizi sonucunda ne durumda olduğunu farkında olması gerekir. Kalitenin ölçülebilmesi için öncelikle verilen hizmetin amacının belirlenmesi, bu amaca ulaşmaya yönelik standartların oluşturulması ve standartları izlemek için kullanılacak ölçütlerin ortaya konması gerekir (Kısa, 2007: 277).

Kalite Düzeyinin Sürekli İyileştirilmesi: Sürekli iyileştirme dinamik bir süreçtir ve en basit olarak PUKO döngüsüyle anlatılabilir. Planla, uygula, kontrol et ve önlem al. Bu döngü daha açık bir şekilde, amacın ortaya konması, mevcut durumun gözden geçirilmesi, sorunun kaynağının araştırılması, sorunu ortadan kaldıracak önlemlerin alınması, sonuçların değerlendirilmesi, sonuç başarılı ise uygulamaya konulması ve yeni değişim ya da gelişim için başa dönülmesi olarak tanımlanabilir (Sarıkaya, 2003: 58; Kovancı, 2001: 294).

Çalışanların Katkısının Sağlanması: Çalışanların katkısını sağlamak üzere kullanılan en yaygın yöntem kalite çemberleridir. Sağlık kurumlarında TKY çalışmalarının başarılı olabilmesi için bu kuruluşların en önemli üyeleri olan hekimlerin katkıları mutlaka sağlanmalıdır. Bunun için sorunların çözümlerine önce hekimleri rahatsız edenlerden başlanmalıdır. Bundan başka sağlık kurumu, çalışanlarını, TKY çalışmalarına dahil edebilmek için, fiziksel çalışma koşullarının iyileştirilmesi, meslekte gelişme ve ilerlemeyi sağlayacak desteğin verilmesi, adil ücret sistemi, yetki ve sorumlulukların belirgin olması, makul çalışma temposu ve çalışmaların ödüllendirilmesi gibi bir takım beklentileri yerine getirmelidir (Özgener ve Küçük, 2008: 347).

Toplumun Bilinçlenmesi: Sağlık hizmetlerinde sunulan hizmetlerin değerlendirilmesi, etik ve hasta hakları konularında toplum eğitilmeli ve bilgilendirilmelidir. Hastalar, kendilerine hangi tedavinin uygulanacağı konusunda karar verme ve tercih yapma hakkına sahip olduklarını bilmelidirler (Özalbant, 2010: 47).

İşbirliği: Sağlık hizmetlerinde kalite düzeyinin saptanması ve iyileştirilmesi konusunda yalnızca hizmeti sunan sağlık kuruluşlarının çabaları yeterli değildir. Sağlık sektörüyle ilgili sivil toplum kuruluşlarının da bu çalışmalara katılması ve sağlık sektöründe hizmet kalitesini artırmaya yönelik devlet politikalarının belirlenmesi gerekir (Kanber ve ark., 2010: 116)

2.4.3. Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Uygulamasının Sağlayacağı Yararlar

Sağlık hizmetleri kapsamında TKY uygulaması şu yararları sağlamaktadır (Sarp, 2007: 505).

- Hasta ihtiyaçları dikkate alınmadığı zaman hastalara olan yaklaşım, müşteri odaklı bir yaklaşım olur.
- Bir işten bir çalışanın sorumlu olması yerine, ekip çalışması, sinerjik ve toplam yönetimi, uzlaşma temelli karar alma yaklaşımları önemli hale gelir.
- Kriz yönetimi anlayışı, sürekli gelişim göstermeye başlar.
- Sorunlar belirdikten sonra çözüm aranması yerine, sorunlar baş göstermeden önlem alan, sıfır hata odaklı hizmet anlayışı ortaya çıkar.
- Personel devamlı eğitime tutulur ve gelişmeleri sağlanır.
- Toplam süreç kontrolleri, teftişlerin yerini alır ve sistem, kendisini denetler hale gelir.
- Alınan kararlar keyfi bir şekilde değil, TKY araçları ve teknikleri kullanılarak, buralardan elde eden verilere göre alınır
- Talimat, emir, disiplin ve otoriteye dayanan bir sistemden çıkılarak, çalışan ve yöneticiler ile işbirliği, yardım ve desten sağlayan bir liderlik anlayışı benimsenir.
- Hiyerarşi nedeniyle ortaya çıkan şekilsel yetkiden ziyade, profesyonel uzmanlık üzerinde odaklanılır.

- Dikey örgütlenmeden yatay örgütlenmeye geçilir ve ekip içerisinde sorumluluklar paylaşılır.
- Sicil ve kıdem esasına, kişiye göre olan yükselme anlayışının yerini, işe girme ve yükselme kriterlerinin adil ve açık olduğu, liyakat sisteminin bulunduğu bir anlayış alır.
- Belirli ve açık olmayan ilkeler ve değerler, tutarlı ve açık değerler, misyon ve vizyon haline gelir.
- Stratejik planlamalar, rutin programların yerini alır.
- Kıdeme ve pozisyona dayalı, eşit işe eşit ücret politikalarının yerine, çalışanın performansı ve özelliklerine dayalı bir politika uygulanır.
- Fazla mesai ve maaş dışında bir ücret ödüllendirmesinin yapılmadığı bir yönetim anlayışından, yüksek performans ve başarıya ödül verilen bir anlayışa geçiş yapılır.
- Katı değil esnek bir istihdam politikası uygulanmaya başlanır.
- Talimat ve emirlerin geçerli olduğu cezalandırma ve korkuya dayalı yönetim anlayışının yerine güven, karşılıklı işbirliği, yetki devretmeye dayalı bir yönetim anlayışı benimsenir.
- Üstlerinden talimat beklemektense astlar, bir problemi çözme konusunda inisiyatif kullanır ve üstleri ile iş birliği içerisinde olma konusunda dikkatli olurlar.

2.5. Müşteri (Hasta) Ve Müşteri (Hasta) Memnuniyeti

Hizmet kalitesinin en önemli belirleyicisi müşteridir. Kalitenin ne olduğunu büyük oranda müşterilerin beklentileri belirler. Müşteri ve hasta kavramı ile alakalı yapılan birkaç tanım aşağıdakiler gibidir (Sarp, 2007: 507-508).

- Müşteriler, ikili ilişkilerde etkileşim kurulan ve sorumlu olunan kişilerdir.
- Üretilen hizmet ve mallardan haberi olan, potansiyel olarak bu hizmet ve malları tüketebilecek herkes, ticari açıdan müşteridir.
- Modern yönetim yaklaşımlarında, bir organizasyonda çalışan ve görev alan kişilerin, mesleki davranış ve tutumları açısından sorumlu olduğu 3 temel müşteri grubu vardır: iç müşteri, dış müşteri ve global müşteri.

- Sağlık kuruluşları kapsamında bakıldığı zaman genelde dış ve iç müşteri kavramlarının üzerine odaklanılmaktadır.
- Dış Müşteri, sağlık kurumunda verilen hizmetlerden yani temel çıktılardan dolaylı ya da doğrudan faydalanan kurum ve kişilerdir.
- İç Müşteri, sağlık kurumuyla bir organik ilişkisi olan ya da o kurumda çalışan grup ya da kişilerdir.
- Basit ifadeyle hasta, bir sağlık kuruluşu tarafında üretilen ve sunulan hizmeti satın alan kişidir. Fakat bu tanım insanları sadece sağlık hizmeti aldığı veya tükettikleri zaman hasta olarak görmekte, bunun dışında kalanları göz ardı etmektedir.

Başka bir tanıma göre hasta, bir sağlık kuruluşunun sunduğu ve üretimini yaptığı hizmetleri bilen, bu hizmetlerden faydalanma fırsatına sahip olan ya da daha önceden yararlanmış olan kişilerdir (Kaya,2005: 60-67).

Sağlık sektöründeysen hasta kelimesinin yerine müşteri kavramının kullanılmasıyla ilgili tartışmalar sürmektedir. Fakat kaliteyle alakalı kaynaklarda daha çok müşteri kavramı kullanıldığı için, bu çalışmada iki kavrama da yer verilmiştir.

2.5.1. Müşteri (Hasta) Memnuniyeti ve Önemi

Müşteri memnuniyeti daha önce de değinildiği gibi hizmet kalitesinin en önemli belirleyicisidir. Müşterinin aldığı hizmetten yüksek bir memnuniyet duyması, hizmet aldığı kuruma bağlılık duymasını ve çevresindekilere de önermesini sağlamaktadır. Sağlık kurumlarında müşteri memnuniyet düzeyini, tüm hizmet sektörlerinde olduğu gibi müşterinin algıları ile beklentileri arasındaki farkı belirlemektedir. Kişinin kendisine sunulan sağlık hizmetiyle algısı beklentilerden yüksek olmuşsa, memnuniyet de yüksek olmaktadır. Tam tersi durum gerçekleştiğindeyse memnuniyet düzeyi düşmektedir (Kızıl, Akman ve Öztürk, 2015).

Bir müşterinin sağlık kurumunda görmek istediği ya da aradığı özellikler şeklinde tanımlanabilecek olan beklentiler, müşterilerin kişilik yapıları, sosyo-kültürel özellikleri, eğitim düzeyi, cinsiyet, yaş, sağlık kurumları ve sağlık hizmetleriyle alakalı geçmiş yaşantılarına göre farklılaşabilmektedir. Sağlık kurumlarında alınan hizmetle ilgili algı da yine kişilik yapısı, sosyo-kültürel özellikler, önceki deneyimler, eğitim, cinsiyet ve yaşan göre farklılaşabilmektedir (Taşlıyan ve Sibel, 2012).

Sağlık kurumlarında hasta tatmini, 4 sebep yüzünden önemlidir. Bunlar, insani, pazarlama, ekonomik ve etkililik nedenleridir (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010: 477).

İnsani Nedenler: Herkesin eşit, yargılarına ve değerlerine uygun, tüm hakları korunarak kaliteli hizmet alma hakkı vardır.

Ekonomik Nedenler: Her ne kadar sağlık hizmetlerinin özelliklerinden birisi çıktının paraya dönüştürülememesi olsa da günümüzde tüketicinin, her konuda daha bilgili ve farklı imkânlarla daha kolay ulaşabiliyor olması, sağlık hizmetlerinin bu özelliğini kısmen ortadan kaldırır. Hasta, herhangi bir sağlık hizmetine gereksinim duyduğu zaman araştırma yapar ve en iyi sonucu alabileceğini düşündüğü yere gider. Dolayısı ile bu durum da sağlık kurumlarını, kaliteli hizmet vermeleri konusunda zorlar. Ayrıca, etkisi gittikçe artan sigorta şirketleri de müşterilerinin hizmetten tatmin olmasını istemektedir. Bu sigorta şirketleri, gerektiği zaman sağlık kurumları üzerinde baskı uygulayabilmektedir. Müşteri memnuniyeti, sağlık işletmesinin müşteri potansiyelini ve kar potansiyelini büyük ölçüde artırmaktadır.

Pazarlama Nedeni: Müşteri sadakati sağlayarak sağlık kurumları, pazar payını ve potansiyel hasta sayısını yükseltmek için hasta memnuniyetine önem vermek zorundadır.

Etkililik Nedeni: Memnun kalan hastalar, tedaviye daha olumlu yanıt vermektedir. Hizmeti veren kuruma ve kurumun çalışanlarına güvenen, tatmin olmuş hastalar, doktorun ve sağlık personellerinin dediklerine daha titiz bir şekilde uymaktadır. Tedaviyle ilgili önerileri ve verilen ilaçları düzenli olarak kullanmaktadır.

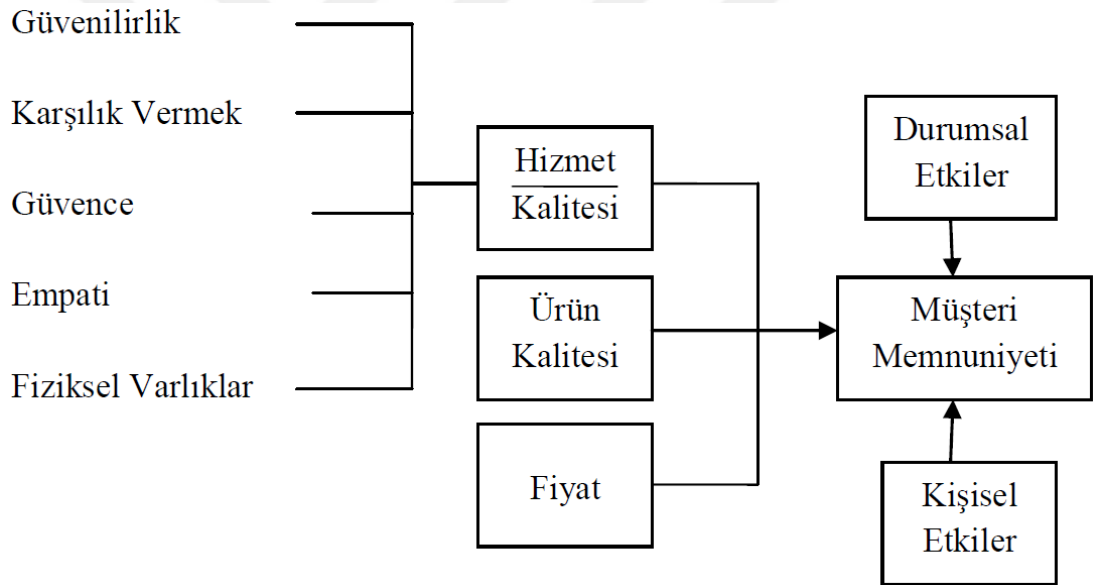
Tengilimoğlu (2011), müşteri(hasta) memnuniyetinin önemini şu maddelerle açıklamıştır: Sağlık hizmetlerinin temel çıktısı tatmindir. Tatmin, sağlık hizmetlerinin çıktısı, süreci ve yapısıyla ilgili faydalı bilgi sağlar. Tatmin olan ve olmayan hastalar, farklı davranırlar. Tatmin kalan hastalar, daha az maliyete neden olurlar ve kuruma sadakar duyarak, çevresine de önerir ve hastaneye başvurunun artmasına yardımcı olur.

2.5.2. Müşteri Memnuniyeti ve Hizmet Kalitesi ilişkisi

Müşteri memnuniyeti ve hizmet kalitesi kavramları işletmeciler ve yazarlar tarafından birbirlerinin yerine kullanılsalar da aynı şeyi ifade etmemektedirler. Bazı araştırmacılar müşteri memnuniyetinin, müşterinin hizmeti aldığı andaki kaliteden

kaynaklandığını, hizmet kalitesinin ise işletmenin tüm müşterilerinin deneyimlerinin toplamından oluştuğunu ileri sürmektedirler (Zeithaml ve Bitner, 1996: 123).

Şekil 3'te Zeithaml ve Bitner'in hizmet kalitesi boyutlarıyla müşteri memnuniyeti (tatmini) arasındaki ilişkiyi daha net görmek mümkündür. Hizmet kalitesi boyutları, daha önce de bahsedildiği gibi, güvenilirlik, karşılık vermek, güvence, empati ve fiziksel varlık faktörlerinden oluşmaktadır. Müşteri tatmini ise hizmet kalitesi, ürün kalitesi, fiyat, müşteriyi etkileyen durumsal faktörler ve müşterinin kendisiyle ilgili faktörlerin tamamının etkisiyle ortaya çıkar (Zeithaml ve Bitner, 1996:123). Başka bir ifadeyle hizmet kalitesi müşteri memnuniyetini (tatminini) belirleyen faktörlerden yalnızca bir tanesidir.



Şekil 3: Müşterinin Algıladığı Kalite ve Müşteri Tatmini

Kaynak: Zeithaml ve Bitner, 1996

Bitner, Booms ve Tetrault'da (1990) müşteri tatminini spesifik muamele, hizmet kalitesini ise, işletmenin global davranışı olarak ifade etmişlerdir.

2.5.3. Müşteri (Hasta) Tatminini Etkileyen Faktörler

Yapılan çalışmalarda, hasta tatminine etki eden pek çok faktör belirlenmiştir. Bu faktörler bürokratik işlemler, ücret, güven, fiziksel ve örgütsel çevre koşulları,

beslenme hizmetleri, bulunabilirlik ve ulaşılabilirlik, bilgilendirme, hasta bakım kalitesi ve personel hasta etkileşimidir (Sarp, 2007: 512-514).

Personel Hasta Etkileşimi: Başta hekimler olmak üzere bütün çalışanların hastalara karşı takındıkları tutumlar, hastaların memnuniyet düzeylerini etkilemektedir. Pek çok hasta, doktorların verdiği hizmetin kalitesi konusunda bir değerlendirmede bulunurken, doktorun uzmanlık bilgisinden ziyade saygı gösterme, güler yüz, nezaket, yeterince zaman ayırma, duyarlı olma, dinleme gibi davranışlara dikkat etmektedir. Hekimlerin davranışı, hem hizmetin etkililiğini hem de hastanın tatmin olma derecesini arttırmaktadır. Hekim ve hasta arasındaki olumlu ilişki sayesinde hastalar, doktorun önerilerine eksiksiz uyar ve tedaviye ara vermeden devam eder.

Yatarak tedavi olan hastalar, tedavi süresince en çok hemşireler ile etkileşimde bulunmaktadır. Bu yüzden hemşire davranışları, hasta tatmininde önemli bir role sahiptir. Hemşireler güleryüzlü, saygılı ve nezaket çerçevesinde davranırsa, hastalar memnuniyet duyar (Özer ve Çakıl, 2007).

Hasta Bakım Kalitesi: Bir sağlık kurumunda görev alan doktorların mesleki yeterlilik ve becerileri, hastanenin alanında yetkin olması, hastaların hastanede kalma süresi, hastaya zamanında müdahale, tedavi sonucunda oluşan kalıcı rahatsızlıklar, hizmetin ileri teknolojiye dayanması, hizmetlerin yaygınlığı, acil servisin yeterli olup olmaması ve konsültasyon hizmetlerindeki hız, hastaların memnuniyetine etki etmektedir (Eroğlu, Özemen, Noyaner ve Aydın, 2001).

Bilgilendirme: Hastalar ve hasta yakınlarının doktorlar tarafından anlaşılır, teknik olmayan ve yalın bir dil ile bilgilendirilmesi, alınacak tedavi konusunda hasta ve hekimin birlikte karar vermesi sayesinde kişi, karşılaşacağı herhangi bir hastalığı daha anlayışlı bir şekilde karşılayabilmektedir. Çünkü hastalar sağlıklarının durumunu ve hastalığıyla ilgili nasıl bir tedavi süreci geçireceğini merak etmektedir. Pek çok araştırmada belirtildiği üzere hastalar, sağlık durumlarıyla ilgili bilgilendirildiği zaman daha fazla tatmin olmaktadır. Hasta bilgilendirmesi, Türkiye’de uygulanmakta olan hasta hakları yönetmeliğinin 15-20. maddelerinde belirtilmiştir (Kızıl ve ark., 2015).

Ulaşılabilirlik ve Bulunabilirlik: Bir sağlık kurumunun fiziksel olarak mesafesi, tatil günleri ve gece hizmet vermesi, ulaşımın kolay olması, bekleme süresi (muayene öncesi, sonrası, tedavi esnası ve yatış süresince), hastanın istediği zaman

doktorla görüşebilmesi, hastanede uzman bulundurulması gibi etmenler memnuniyete etki etmektedir (Çatalca, 2003: 21).

Beslenme Hizmetleri: Memnuniyet konusunda yapılan çalışmalara göre bir sağlık kurumundan taburcu olan hastalar, en fazla beslenme hizmetlerini hatırlamaktadır. Hastalar yalnızca yemeğin kalitesini değil, aynı zamanda yemeğin görüntüsü, sunum şekli ve sunan kişilerden de etkilenmektedir. Hastaya verilen yemek diyet yemeği de olsa, iyi bir şekilde sunulduğu zaman hastalar o hizmeti kaliteli olarak görmektedir (Sarp, 2007: 512-514).

Örgütsel ve Fiziksel Çevre Koşulları: Sağlık kurumlarındaki örgüt içi ilişkiler, bekleme odaları, otopark, aradığı yeri kolay bulma, gürültü, havalandırma, temizlik, ısı, aydınlatma, kültürel ve sosyal etkinlikler, ziyaret ve refakat imkanları, haberleşme imkanları ve çalışma ortamı gibi faktörler, hasta tatmini üzerinde etkilidir (Özer ve Çakıl, 2007).

Güven: Hastaların tedavi kararlarına katılmalarının sağlanması, emniyetli bir ortamda bulunduklarının hissettirilmesi, hastaların bilgilendirilmesi gibi faktörler, onlarda güven duygusu oluşturmaktadır. Hastalar, kendilerine uygulanan tedavinin yeterli ve doğru olduğunu hissetmelidir. Bunun yanında hasta mahremiyetine özenli davranılması, hastalarda güven duygusunu geliştirmektedir. Mahremiyet, hastanın hısalığıyla ilgili doktor ve diğer personeller tarafından edinilen bilgilerin gizli kalmasıdır. Hasta mahremiyetinin korunması, temel bir haktır (Çatalca, 2003: 21).

Ücret: Bir sosyal güvenceye sahip olmayan hastalar için ücret faktörü önemlidir. Hastalar, düşük bir ücret ile kaliteli hizmet almak istemektedir. Hizmetlerin ödeme kolaylığı ve maliyeti önemlidir. Hastane faturalarının yüksek olması, hastada memnuniyetsizliğe yol açmaktadır (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2012: 76).

Bürokratik İşlemler: Hastalar bir hastaneye başvururken ve hastaneden hizmet alırken karşılaşılan işlem sayısı ve bu işlemleri yaparken geçen süre, hasta tatmini üzerinde olumlu veya olumsuz etkiye sahip olabilmektedir (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2012: 77).

2.5.4. Müşteri (Hasta) Memnuniyetinin Ölçülmesi

Müşteri memnuniyetinin ölçülmesi müşteri odaklı kuruluşlar için zorunludur (Odabaşı, 2010: 149). Müşteri memnuniyetinin ölçülmesinin en basit ve güçlü yolu,

verilen hizmeti müşteri beklentisi ile ne kadar tutarlı olduğuna göre değişmektedir. Algılanan hizmet, beklenen hizmetten daha yüksek olursa müşteri memnuniyetinde de artış olmaktadır. Eğer bunun tersi bir durum söz konusuysa, memnuniyet düşük olmaktadır. Bu tarz bir durumda algılar yükseltilerek ya da beklentiler azaltılarak, memnuniyet düzeyinde artış olabilir (Tengilimoğlu, 2011:325).

Müşteri memnuniyeti izlenebilir olmalı, ölçülebilmeli ve tanımlanabilmelidir. Müşteri memnuniyetini iki faktör belirlemektedir. Birincisi müşterinin beklentileri, İkincisi, müşterilerin aldıkları hizmete ilişkin algılamalarıdır. Müşterilerin algılamaları, kendi özelliklerine ve sağlık kurumlarıyla ilgili geçmiş deneyimlerine bağlıdır (Tengilimoğlu, 2011:326-327).

Müşteri memnuniyeti ölçümünde dikkat edilmesi gereken hususlar şu şekilde sıralanabilir: (Odabaşı, 2010: 151-152)

- Genel tatmin ölçümleri, sağlık hizmetini veren kurumun kendisini değerlendirme amacıyla ölçüm yapmasıdır. Hizmetlerin ve ürünlerin tekrar değerlendirilmesi, süreçleri değiştirme, gerekirse bütün şirketi tekrar yapılandırma gibi geri bildirimlere odaklanmış ölçümleri tercih etmek gerekmektedir.
- Pek çok araçla ölçüm yapmak mümkündür fakat bu araçlar müşteriler açısından ele alınmalı ve kullanılmalıdır.
- Müşterilerden elde edilen bilgileri sayısal verilere dönüştürmek ve değerlendirme yapmak oldukça güçtür. Sayısal verilere dönüşün veya dönüşmesin, müşterilerden gelen bütün veriler değerlendirilmelidir.
- Uygun olanların ölçülmesi ve değerlendirilmesi üzerinde odaklanılmalıdır.
- Bütün ölçümlerin sonucunda kabul edilebilir bir performans düzeyine ulaşmak hedeflenmelidir.

Hasta tatminiyle alakalı araştırmaları kantitatif ve kalitatif olarak ikiye ayırmak mümkündür. Odak grup görüşmeleri, video kayıtları, gözlem kalitatif araştırmalar yapılırken sıkça kullanılan ölçme teknikleri arasındadır. Hastaların evlerinde veya hastanede yapılan anketler, postayla gönderilen anketler, telefonla yapılan anketlerse kantitatif araştırmalarda kullanılan tekniklerdir (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010: 485).

Odak Grup Görüşmeleri: Bir sağlık kurumundan faydalanan kişilerin öneri ve deneyimlerinin öğrenilmesi için kullanılmaktadır. 8-12 hastayla 30 dakika-2 saat

arası bir sürede önceden belirlenmiş olan başlıklarla ilgili tartışan insanlar, odak grubu oluşturmaktadır. Bu gruplar, hasta tatminine etki eden faktörleri öğrenebilmek için etkili bir araçtır. Kolay uygulanabilen ve ekonomik bir yöntemdir. Fakat gruptaki insanlar, birbirinden etkilenebilmektedir. Bu da objektif bir bilgiye ulaşmanın önüne geçebilmektedir. Görüşmenin yapıldığı ortamın konforu, fiziksel şartları, grup yöneticisinin nasıl davrandığı, odak grup görüşmesinin başarıya ulaşmasını etkilemektedir. Görüşme ve gözlem teknikleri, video teyp kayıtları, hasta şikayetlerinin öğrenilmesi açısından kullanılan diğer tekniklerdir (Devebakan ve Aksaraylı, 2003).

Telefon Görüşmeleri: Sağlık kurumunda hizmet görmüş hastaları telefon ile arayarak bilgi alınmaya çalışılır. Kolay ve hızlı bir şekilde uygulanabilen bir tekniktir fakat telefon görüşme süresinin iyi ayarlanması, iyi tasarlanmış anket formu ve iyi bir konuşma metni hazırlanması gereklidir. Telefonla bilgi toplamanın başarısı, görüşmeyi yapan bireye bağlı olmaktadır. Bu sebeple görüşmecileri önceden eğitilmesi, görüşme kuralları ve ilkelerinin belirlenmesi gereklidir. Telefon görüşmesi hasta sağlık kurumundan ayrıldıktan 3 gün sonra yapılmalıdır. Hastanın yaşadıklarını unutmaya olasılığına karşı bu süre 15 günü geçmemelidir (Başbakkal, Sönmez, Celasin ve Esenay, 2010).

Anket Yöntemi: Anket yöntemi, en fazla kullanılan tekniktir. Bunun nedeniyse maliyetinin düşük olması, kolayca uygulanabilmesi, güvenilirlik ve geçerliliğinin kolay bir şekilde ölçülebilmesi ve diğer araştırmalar ile karşılaştırılabilmesidir. Anket, başarıya ulaşmak için güvenilir ve geçerli olmalıdır. Geçerlilik, bir anketin ölçmeyi amaçladığı şeyi ölçebilme düzeyidir. Güvenilirlikse aynı grupta bulunan hastalara aynı koşullar altında uygulandığı zaman, alınan sonuçların aynı olmasıdır. Bir anketi hazırlarken hasta tatminine etki eden hizmet boyutları belirlenmelidir. Bu boyutların ölçülebilmesi için uygun sorular hazırlanmalıdır. Anket gereksiz sorular ile uzatılmamalı, mümkün olduğu kadar kısa tutulmalı ve anlaşılır olmalıdır.

Anketler yüz yüze mülakat şeklinde uygulanabileceği gibi posta yoluyla da uygulanabilir. Bu uygulamaya posta araştırmaları denir. Ancak posta araştırmalarındaki anketlerin geri dönüşü olmaması ihtimali, bu yöntemin en önemli zafiyetidir. Posta yoluyla yapılacak anketlerin, yüz yüze mülakat şeklinde yapılan

anketlere göre daha dikkatli oluşturulması gereklidir. Anket sorularının anlaşılır, yalın ve yoruma açık olmaması gereklidir. Anketler posta ile gönderilmeden evvel araştırmacılar tarafında hasta telefonla aranarak anket tanıtılması anketlerin anlaşılır olması ve geri dönüş oranının artırılması bakımından yarar sağlamaktadır (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010: 485).

2.6. Sağlık Hizmetlerinde SERVQUAL Ölçeğinin Uygulanması

SERVQUAL Ölçeği, sağlık kurumlarındaki yöneticiler için bu ölçekle elde edilen sonuçlardan hareketle maliyetlerin düşürülmesi ve hizmet kalitesinin iyileştirilmesi açısından önemli ipuçları vermektedir. Bu ipuçları, yönetim kararları alırken ve bu kararları uygularken yarar sağlar. Babakus ve Mangold (1992), SERVQUAL ölçeğini hastanelerde kullanmak için güvenilirlik ve geçerlilik çalışması yapmıştır. Çalışma ya göre bu ölçek, sağlık işletmelerinde güvenilir olarak kullanılabilir (Babakus ve Mangold, 1992; Rahman ve ark., 2007).

Tablo 12’de belirtildiği üzere, uyum aşamasında soruların sağlık kuruluşları tarafından verilen hizmetlere uygunluğuyla hastaların soruları net olarak kavramaları temelinde hazırlanmıştır. Babakus ve Mangold (1992) tarafından yapılan çalışma sonuçlarından biri, pozitif ve negatif soru maddelerinin rastgele sıralanmasından dolayı katılımcılarda kafa karışıklığına yol açmasıydı. Bu nedenle olumsuz ifadeleri orijinal SERVQUAL Ölçeğindeki gibi olumlu ifadelerle çevrilmiştir.

Babakus ve Mangold (1992) tarafından yapılmış olan çalışmaların sonucunda uygulanan yedili likert tipi ölçek değiştirilmi, beşli ölçek kullanılmıştır. Tamamen Katılıyorum = 5 ve Tamamen Katılmıyorum = 1 arasında değişen seçeneklerle, seçenek sayısı düşürülmüştür. Bu sayede katılımcıların daha kesin ve kaliteli cevaplar verdiği görülmüştür. Beşli ölçek kullanılarak her bir sorunun algı algı maddeleri puanları (P) ile beklenti maddeleri puanları (E) farkları alınmış, -4 ve +4 arasında değişen hesaplamalar yapılmıştır. Örneğin algı puanı 5, beklenti puanı da 1 puan ise skor +4; algı puanı 1, beklenti puanı da 5 ise skor -4 olmaktadır. SERVQUAL’de skorun negatif olması, hastanın beklentilerinin karşılanmadığı ve bu yüzden de algılanan hizmetin düşük bir kaliteye sahip olduğu; pozitif olduğu zaman hastanın beklentilerinin üzerine çıkıldığı; sıfır olduğu zaman sa beklentilerin az da olsa

karşılandığı ve bu sayede algılanan hizmetin doyurucu nitelikte olduğu anlaşılmaktadır (Devebakan, 2001).

Tablo 12: Sağlık İşletmelerinde Kullanılan SERVQUAL Ölçeğinde Yer Alan Hizmet Kalitesi Boyutları ve Bunlara Denk Gelen Soru Önergeleri

Boyutlar	Soru Önergeleri	Tanımlamalar
Fiziksel Özellikler	1-4	Personel ve hizmet sunulan ortamın fiziki görünüşü, kullanılan aletler,
Güvenilirlik	5-9	Söz verilen hizmetin güvenilir ve eksiksiz olarak her defasında aynı şekilde sürekli yerine getirme
Heveslilik	10-13	Hizmet sunumu sırasında müşterilere karşı istekli ve yardımsever olma, hizmetin hızlı sunumu
Güven	14-17	Firma çalışanlarının bilgili, kibar ve saygılı olması ve müşterilerde güven duygusu uyandırma
Empati	18-22	Firmanın müşterilere karşı duyarlılığı

Kaynak: Devebakan, 2001.

SERVQUAL ölçeğini sağlık işletmelerine uyarlamak hem çalışanların hem de hastaların algı ve beklentilerini değerlendirme konusunda büyük katkılar sağlamış, ortaya çıkan sonuçlara göre sağlık kuruluşlarındaki hizmet kalitesini iyileştirmeye yönelik çeşitli değişiklikler belirlenmiştir. Babakus ve Mangold (1992) tarafından yapılan açıklamalara göre pek çok işletmenin başarıya ulaşmasının temel sebebi, hizmet kalitesinin yüksek olmasıdır. Kalite düzeyiyle hizmeti veren ve ortaya çıkaran kişiler arasında bir doğru orantı bulunmaktadır. Bu yüzden işletmeler, sağlık sektöründe hizmet kalitesini arttırmak için hasta ve personellerden bilgiler almak ve bunları değerlendirmek durumundadır (Devebakan, 2001). Hizmeti alan ve veren kişiler arasındaki uyum hizmet kalitesini pozitif veya negatif yönden etkileyecektir. Personel ve müşteri arasındaki ilişki şöyle ifade edilebilir:

- Personelin beklentisinin müşteri beklentilerinden az olması = Müşteri memnuniyetinin az olması
- Müşteri algılarının personelin algısından düşük olması = Müşterilerin memnun olmaması anlamına gelmektedir.

2.7. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi İle İlgili

Çalışmalar

İnsanların refah seviyelerinin yükselmesi ve eğitim seviyelerinde yaşanan iyileşmeler, satın aldıkları mal veya hizmeti sorgulamalarına, firmaların ise artan rekabet ortamında mücadele edebilmeleri için yenilikçi yaklaşımları takip etmek zorunda kalmalarına neden olmuştur. Benzer gelişmeler sağlık sektörü için de geçerli olduğundan, sağlık kuruluşlarının hasta bağlılığını artırmak için hizmet kalitesini sürekli iyileştirmesi gerekmektedir.

Günümüzde üretim ve hizmet anlayışında devamlı iyileştirmeler yapılmaktadır. Yapılan bu iyileştirmelerde odak noktası insandır. Odak noktası insan olduğu için sağlık hizmetleri de hizmet alanları arasında en önemli sektördür. İnsanların istenilen bir seviyede ve daha kaliteli bir hayat sürebilmesi için sağlık hizmetlerinde kaliteyle ilgili pek çok çalışma yapılmalıdır.

Ülkemizde son yıllarda sağlık hizmetlerinde kaliteyle alakalı çalışmalarda artış olmuştur. Sağlık hizmetlerinin ülkemizdeki sunumu daha çok Sağlık Bakanlığı bünyesinde olduğundan dolayı, bakanlığa bağlı olan birimlerde yapılan çalışmalar, Türkiye’nin sağlık sistemine büyük katkı sağlayacaktır.

2001 senesinde Sağlık Bakanlığı, kendi bünyesindeki yataklı tedavi kurumlarında sunulan bütün faaliyetlerin ve verilen bütün hizmetlerin, toplam kalite anlayışıyla; yükske verim, rekabet, motivasyon, kalite, güven, kalite kültürü, grup anlayışı ve süreklilik içerisinde sürdürülmesi konusundaki usul ve esasları düzenlemek için Yataklı Tedavi Kurumları Kalite Yönetimi Hizmet Yönergesi hazırlamıştır. Böylece toplam kalite yönetimi anlayışı, kurum bünyelerine yerleştirilmek istenmiş, bunun ilk adımları atılmış ve bir kalite kültürünün yaratılması için çalışmalar yapılmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2001).

Sağlık Bakanlığının 2003 senesinde yayımladığı Sağlıkta Dönüşüm Programının sekiz bileşeninden bir tanesi Nitelikli ve Etkili Sağlık Hizmetleri için Kalite ve Akreditasyondur (Yaşar, 2011). Sağlıkta Dönüşüm Programı’nda kalitenin o döneme kadar yeterince ilgi görmediği ancak günümüzde hem finans kaynağı sağlayıcıları hem de hizmet sunucuları açısından öneminin arttığı ve dikkat çektiği belirtilmiştir (Kaya ve ark., 2013).

2005 senesinde Sağlık Bakanlığı, Yataklı Tedavi Kurumları Kurumsal Kaliteyi Geliştirme ve Performans Değerlendirme Yönergesini hazırlanmıştır. Bu yönergeyle, sağlık hizmetlerini iyileştirerek, sürdürülebilir, kaliteli ve verimli bir hizmet sunulmasının sağlanması ve bakanlığa bağlı ikinci ve üçüncü basamak yataklı tedavi kurumlarının belirtilen amaçlara ulaşabilmesi için ölçülebilir, karşılaştırılabilir hizmet sunma kriterleri belirlenmesi ve insanların düşüncelerinin de bu süreç içerisinde göz önünde bulundurulması, bu süreçte emek harcayan herkesin teşvik edilmesi amaçlanmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2005). Yönergenin hazırlanmasıyla hizmet altyapısı, süreçlerin değerlendirilmesi, hasta memnuniyetinin ölçümü, sağlık hizmetlerine ulaşım ve belirlenen hedeflere ulaşma kriterlerinden dayanan bir değerlendirme sistemi işleme konulmuştur. Buna bağlı olarak, yönergede belirtildiği üzere hesaplanan kurum performans düzeyi, kurumdaki personele döner sermayeden ödeme yapılmasıyla ilgili yönergeye göre yapılacak ek ödemenin temeli olmuştur. Bu şekilde kalite iyileştirme faaliyetleri ile personel geliri ilişkilendirilmiş, personel maddi olarak teşvik edilmiştir (Kaya ve ark., 2013).

Sağlıkta hizmetlerinin kalite ölçütlerinin yükseltilmesi, sağlık hizmetleriyle ilgili çalışmalarda çalışan ve hasta güvenliğinin sağlanması, sağlığın tüm bileşenleriyle beraber hareket edilmesi, hareketli yapısı ile yeniliklere liderlik yapması amacıyla Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı kurulmuştur (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2015).

Sağlık Bakanlığı tarafından hasta ve çalışan güvenliğiyle hasta ve çalışan memnuniyeti oluşturulmasına esas olan Sağlıkta Kalite Standartları ve bu standartları hayata geçirme ile ilgili usul ve esasları ortaya koyan Sağlıkta Kalitenin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik 29399 sayılı ve 27.06.2015 tarihli Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe girmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2015). Bu yönetmelikte amaç, sağlık işletmelerinde kaliteli bir hizmet sağlamak için hasta memnuniyeti, çalışan memnuniyeti, hasta güvenliği ve çalışan güvenliğini sağlamaktır.

Sağlıkta Kalitenin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik ile Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından değerlendirme faaliyetleri yapmak için değerlendirici kişilere yetki verilecektir. Yetki verilen bu değerlendiriciler, özel ya da kamu ayrımı yapmadan sağlık işletmelerinde kalite

standartları uygulanıp uygulanmadığı belirleyecek ve bu uygulamaların düzeylerini saptamak için incelemeler yapacaktır. Özel sektöre ve kamuya aile olan hastaneler, tıbbi laboratuvarlar, poliklinikler, birinci basamak sağlık hizmeti veren kuruluşlar, ağız ve diş sağlığı merkezleri/hastaneleri, tıp/dal merkezleri, diyaliz, kan ve görüntüleme merkezleri ile il ambulans merkezlerinin tümü için sağlıkta kalite standartları (SKS) belirlenecektir. Yönetmeliğe göre rehberi yayınlanan ya da standartı belirlenen bütün alanlarda kalite değerlendirilecektir (Kamu Mali Yönetimi, 2016).

Sağlık Bakanlığı tarafından, Sağlıkta Kalite Standartları-Hastane versiyonu, Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında DSÖ hedefleri, ülke öncelikleri ve ihtiyaçları, uluslararası gelişmeler dikkate alınarak ülkemizde sağlık sektöründe hizmet verenbütün hastanelerde ilk olarak standartları karşılamak için başarı hedefleri koymak ve sonrasında maksimum kalite düzeyini sağlamak için geliştirilmiştir. Sağlıkta Kalite Standartları-Hastane, Dünya Sağlık Örgütü hasta güvenliği hedefleriyle, Türkiye'deki öncelik ve ihtiyaçları dikkate alarak hastanelerdeki kaliteyi güvence altına almak için hakkaniyet, zamanlılık, uygunluk, verimlilik, etkililik, etkinlik, süreklilik, hasta odaklılık, sağlıklı çalışma yaşamı ve hasta güvenliği hedeflerini gerçekleştirilmeye yönelik oluşturulmuştur (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2016).

Sağlık Bakanlığı çalışmaları yanı sıra, Türkiye'de kalite ile ilgili çalışmalardan söz ederken üzerinde önemle durulması gereken başka bir konu 4457 sayılı ve 04.11.1999 tarihli yasa ile kurulan Ankara merkezli Türk Akreditasyon Kurumu (TÜRKAK)'tır. TÜRKAK başbakanlık ile ilgili, mali ve idari özerkliğe sahip, kâr amacı gütmeyen, özel hukuk hükümlerine tabi, tüzel kişiliği haiz bir kurumdur. Ayrıca uygunluk değerlendirme kuruluşlarının akreditesini yapmak, bu kuruluşların uluslararası ve ulusal standartlara göre faaliyet yapmalarını ve bu amaçla uygunluk değerlendirme kuruluşları tarafından düzenlenen belgelerin uluslararası ve ulusal alanda kabul edilmesini sağlamak için kurulmuştur (TÜRKAK, 2016).

Diğer bir anlatımla TÜRKAK, uygunluk değerlendirmesi yapan kuruluşların ortak işleyiş ve prensip usullerine göre çalışmasını sağlamak, belirlenen uluslararası kriterler ışığında yeterli olduğu düşünülenlerin verdiği rapor ve belgelerin karşılıklı tanınabilirliğini sağlamak için, pek çok ülkede olduğu gibi uygunluk değerlendirmesi alanını düzenleyen bir akreditasyon birimidir (TÜRKAK, 2016).

2.8. SERVQUAL ile Yapılan Araştırma Bulguları

Arısan ve Devedebakan (2016)'nın çoğunluğunu 30-50 yaş arası, lisans düzeyinde tahsil sahibi evli kadınların oluşturduğu 202 devlet hastanesi personeli ile yaptıkları çalışma sonuçlarına göre en düşük kalite algısının fiziksel özellikler boyutunda en yüksek kalite algısı empati boyutunda gerçekleşmiştir. Beklentilerin en yüksek olduğu kalite boyutu ise güvenilirlik olmuştur. Genel hizmet kalitesi algılaması ise orta ve üst düzeyde görülmüştür. Lise mezunlarının genel kalite algısının üniversite mezunlarından daha yüksek olduğu da bulgular arasındadır.

Pekkaya ve İmamoğlu (2017)'nin bir üniversite araştırma hastanesinde 626 hasta ile yaptığı araştırma sonuçları kalite beklentisinin en yüksek olduğu boyutun güvenilirlik ve güvence olduğunu en az beklenti görülen boyutun ise heveslilik boyutu olduğunu raporlamaktadır. Yüksek gelirli hastaların güvenilirlik boyutuna, düşük gelirli hastalar heveslilik boyutuna önem verdiği bulgular arasındadır. Ayrıca eğitim seviyesi düştükçe empati boyutuna daha fazla önem verildiği görülmüştür.

Öziç (2007), çoğunluğu 30-50 yaş arası, orta ve lise eğitim düzeyine sahip evli kadınların oluşturduğu bir araştırma hastanesinden 113 hasta ve refakatçi ile yaptığı araştırma sonuçlarında kalite beklentisinin en yüksek olduğu boyutların Fiziksel Özellikler, beklentinin en düşük olduğu boyutun heveslilik olduğunu belirtmektedir. Kalite algısının en yüksek olduğu boyut güvenilirlik, en düşük olduğu boyut ise fiziksel özellikler olmuştur.

Koraslı (2008) Ankara'da bir ağız ve diş sağlığı merkezindeki çoğunluğu evli, lise mezunu, 40 yaş altında kamu sağlık güvencelilerin oluşturduğu 100 hasta ile yaptığı araştırma sonuçlarına göre en yüksek kalite beklenti düzeyi empati boyutuna, en düşük kalite beklenti düzeyi fiziksel özellikler kalite boyutunda görülmüştür. Hastaların en yüksek kalite algısı güvenilirlik kalite boyutu, en düşük kalite algısıysa fiziksel özellikler boyutunda görülmüştür. Toplamda kurumun hizmet kalitesi orta düzeyde değerlendirilmiştir.

Torun (2009) bir kamu araştırma hastanesinde çoğunluğu ilköğretim mezunu, evli, çalışmayan, düşük gelirli, kadınların oluşturduğu 156 hasta refakatçisi ile yaptığı araştırma sonuçlarına göre hastane hizmet kalitesi genel puanı negatiftir. Beklenti ve algının en yüksek olduğu boyut Güvenilirlik, en düşük olduğu boyut fiziksel özellikler olmuştur. En önemli bulunan hizmet kalitesi boyutu güven en az önemli bulunan boyut

fiziksel özellikler olmuştur. Eğitim seviyesi arttıkça fiziksel özellikler boyutundaki beklentinin arttığı ve genel hizmet kalitesi memnuniyetinin azaldığı gözlenmiştir.

Değer (2012) bir devlet hastanesinde çoğunluğunu ilköğretim mezunu dar gelirli evli ev hanımı ve serbest meslek sahibi insanların oluşturduğu 500 yatan hasta ile yaptığı çalışmada genel olarak hizmet kalitesi negatif bulunmuştur. Kalite beklentisinin en yüksek olduğu boyutlar güvenilirlik, güven ve empati, en düşük olduğu boyut fiziksel özellikler olmuştur. Algılanan en yüksek kalite güven boyutunda en düşük ise fiziksel özellikler boyutunda görülmüştür. Eğitim seviyesi yükseldikçe fiziksel özellikler boyutunda beklentinin düştüğü görülmüştür.

Kayhan (2015) bir devlet hastanesinde çoğunluğu ilköğretim tahsilli evli ve dar gelirli ev hanımının oluşturduğu 248 hasta ve çoğunluğu 30-40 yaş arası, üniversite mezunu, orta gelirli evli kadının oluşturduğu 232 personel ile yaptığı çalışmada hizmet kalitesi negatif bulunmuştur. Personelin algıladığı en yüksek kalite empati boyutunda en düşük güvenilirlik boyutunda gerçekleşmiştir. Personel en çok fiziksel özelliklere önem vermekte en az önemi empatiye vermektedir. Hiçbir kalite boyutunda hastaların beklentileri karşılanamamıştır. Hastaların algıladığı en yüksek kalite fiziksel özellikler, en düşük ise güvenilirlik boyutunda olmuştur. Eğitim seviyesi yükseldikçe genel hizmet kalitesi algısının düştüğü gözlenmiştir.

İmamoğlu (2018), bir üniversite araştırma hastanesinde çoğunluğunu 20-50 yaşları arasında, 1000 ila 4000 TL aylık gelir sahibi, lise ve üniversite mezunu, evli, memur-esnaf ve işçi ve ev hanımının oluşturduğu 626 hasta ile yaptığı çalışmada, en yüksek kalite beklentisi güvenilirlik boyutunda, en düşük beklenti ise empati boyutundadır. Gelir düzeyi artan hastaların genel hizmet kalite algılarının düştüğü gözlenmiştir. En yüksek kalite algısı fiziksel özelliklerde, en düşük kalite algısı güvenilirlikte gözlenmiştir. Genel olarak hizmet kalite algısı tüm boyutlarda olumsuz bulunmuştur. Özellikle güvenilirlik boyutu üzerinde durulması gerektiği belirtilmiştir.

Bir kısım çalışmaları, eğitim düzeyi açısından hizmet kalitesi algılarında farklar bulunduğuna dair bulgular içermektedir. Örneğin, Özatkan (2008), empati, güven, heveslilik ve güvenilirlik boyutlarının eğitim düzeyine göre anlamlı bir şekilde farklılaştığını ortaya koymuştur. Araştırmacı, en düşük hizmet kalitesi algısının lisansüstü eğitim düzeyine sahip hastalarda bulunduğu saptanmıştır.

Mohammad (2007), çoğunluğunu 18-45 yaş aralığında, lise mezunu erkek işçi ve memurların oluşturduğu 519 hasta ile devlet hastanesinde yaptığı araştırma sonuçlarında güvenilirlik, heveslilik ve empati boyutlarının eğitim düzeyine göre anlamlı bir şekilde farklılaştığını belirtmektedir. Araştırmacı, ilkokul mezunlarının güvenilirlik, heveslilik ve empati boyutlarında, üniversite mezunlarının güven boyutunda hizmet kalitesi algılamasının daha yüksek olduğunu ifade etmektedir.

Kılçar (2013)'nın araştırma bulguları, eğitim düzeyi yükseldikçe güvenilirlik boyutunun, eğitim seviyesi düştükçe empati boyutunun düşük algılandığını göstermektedir.



ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

YÖNTEM

Bu bölümde araştırmanın amacı, evren ve örnekleme, varsayımları, sınırlılıkları, veri toplama araçları, model ve hipotezleri ile verilerin analizi hakkında bilgiler verilmiştir.

3.1. Araştırmanın Amacı

Araştırmanın amacı, İstanbul’da bir aile sağlığı merkezinden sağlık hizmeti alan hastaların, merkez hizmetlerine ilişkin beklenen ve algılanan hizmet kalitesi düzeyini ölçmek ve hizmet kalitesinin hastaların demografik ve sosyo-ekonomik özellikleri ile olan ilişkisini incelemektir. Araştırmada ayrıca, hasta bakış açısıyla en önemli ve en az önemli bulunan hizmet kalitesi boyutlarının belirlenmesi de amaçlanmaktadır.

3.2. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini aile sağlığı merkezi hastaları oluşturmuştur. Merkez kayıtlarına göre toplam kayıtlı hasta sayısı 16043. Araştırma evreninin tümüne ulaşmanın imkansızlığından dolayı örneklem alımına gidilmiştir. Bu örneklem seçiminde basit rastgele örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Bu örnekleme yöntemi örneği oluşturan elemanlar arasında araştırmacının problemine cevap bulacağına inandığı kişilerden oluşmaktadır (Karasar, 2016). Söz konusu ana kitleyi temsil edecek örneklem büyüklüğünün belirlenmesinde;

$$n = Nt^2 pq / d^2 (N - 1) + t^2 pq$$

N: Hedef kitledeki birey sayısı, (16043 hasta)

n: Örnekleme alınacak birey sayısı

p: İncelenen olayın görülüş sıklığı (0,9)

q: İncelenen olayın görülmeyiş sıklığı (0,1)

t: Belirli bir anlamlılık düzeyinde, t tablosuna göre bulunan teorik değeri, (Örnekleme hatası %5 ve güven düzeyi %95 için tablodan 1,96 okunmuştur)

d: Olayın görülüş sıklığına göre kabul edilen +/- örnekleme hatasını gösterir. (0,05) (Karasar, 2016).

Formülü kullanılarak çalışmanın evreni için % 95 güven aralığında, $\pm$ % 5 örnekleme hatası ile gerekli örneklem büyüklüğü $n = 375$ kişi olarak hesaplanmıştır. Ana kütleyi temsil edebilecek minimum sayıya ulaşmak üzere toplam araştırmaya katılmayı kabul eden 1079 kişiye anket uygulanmıştır.

Anketin demografik, sosyo-ekonomik ve beklentilerle ilgili bölümünü doldurup, hizmet kullanımı sonrasındaki algılar ve hastanenin en önemli bulunan bölümlerini doldurmadan merkezden ayrılan hastaların; cevap veremeyecek durumda olan hastaların; 18 yaşından küçük olan hastaların; çok şiddetli ağrıları ve şikayetleri olup anketlere cevap veremeyen hastaların anket formları araştırmaya dahil edilmemiş, değerlendirme 1000 hasta üzerinden yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Varsayımları

- Araştırma modeli araştırmanın amacına ve konusuna uygundur.
- Katılımcılar anket sorularını yanıtlarken başkalarının düşüncelerinden yararlanmadan kendi özgür iradeleri ile içtenlikle ve doğru olarak cevap vermişlerdir.
- Araştırmada kullanılan istatistiksel analiz yöntemleri verilere ve araştırma amacına uygundur.
- Araştırmada kullanılan ölçekteki sorular nicelik ve nitelik bakımından hastaların kalite algısını ölçmeyi belirlemek için uygundur.

3.4. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma bulguları, İstanbul'da bulunan bir aile sağlığı merkezine muayene ve tedavi için gelen hastalardan anketi kabul edip dolduran hastalar ile sınırlıdır.

3.5. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplama aracı olarak Kişisel Bilgi Formu ve SERVQUAL Ölçeği kullanılmıştır. Araştırmada Parasuraman ve ark., (1985) tarafından geliştirilen, Babakus ve Mangold (1992) tarafından hastane hizmetlerine uyarlanan, Deveci (2001) tarafından Türkçe'ye çevrilmiş SERVQUAL Ölçeği kullanılmıştır.

Veri toplama aracı, araştırmacı tarafından hastalarla birebir görüşülerek uygulanmıştır. Uygulama sırasında her hastaya araştırmanın amacı hakkında bilgi verilerek, araştırmaya katılıp katılmak istemedikleri sorulmuştur. Ayrıca araştırmacı

tarafından veri toplama formlarında verecekleri cevaplardan elde edilen bilgilerin ve bireysel değerlendirmelerin kesinlikle saklı kalacağı ve bu nedenle isim ve soy isim yazmalarına gerek olmadığı belirtilmiştir.

Kişisel Bilgi Formu (EK 1); cinsiyet, öğrenim durumu ve gelir düzeyini içeren 3 sorudan oluşmaktadır.

SERVQUAL Ölçeği; 5'li likert tipi bir ölçek olup, her biri 22 maddeden oluşan beklenen ve algılanan hizmet kalitesini belirlemeye yöneliktir. SERVQUAL Ölçeği, hizmet kalitesinin beş boyutu olan Fiziksel Özellikler, Güvenilirlik, Heveslilik, Güven, Empati açısından beklenen ve algılanan hizmet kalitesi boşluklarının değerlendirilmesiyle, çıkan sonuçlara göre ileriye yönelik yapılacak çalışmalarda katkı sağlamaktadır. Fiziksel Özellikler boyutu 4, Güvenilirlik boyutu 5, Heveslilik boyutu 4, Güven boyutu 4, Empati boyutu 5 ifadeye sahiptir. Ayrıca, bu çalışmada kullanılan ölçek, tamamen katılmıyorum = 1 ve tamamen katılıyorum = 5 arasında değişen 5'li likert tipi ölçektir.

SERVQUAL Skoru = Algılama Skoru - Beklenti Skoru olarak belirlendiğinden, SERVQUAL skoru -4 ile +4 arasında değişen değerler almaktadır. SERVQUAL skorunun negatif olması, hasta beklentilerinin karşılanmadığı, dolayısıyla hastaların ASM hizmetlerine yönelik kalite algısının düşük olduğu anlamına gelecektir. SERVQUAL skorunun pozitif olması hasta beklentilerinin aşıldığı anlamına gelip, hastaların ASM'nin sunduğu hizmetten oldukça memnun olduğu sonucuna varılabilecektir. SERVQUAL skorunun sıfır çıkması halinde ise, hasta beklentilerinin karşılandığı, bundan ötürü AS'nin algılanan hizmet kalitesinin doyurucu olduğu sonucuna ulaşılabilecektir (Sevimli, 2006; Koraşlı, 2008).

Her hasta için algı ve beklenti soru maddelerinin farkları alınarak toplanır ve bu fark toplamaları kalite boyutunu oluşturan soru madde sayısına bölünür. Böylelikle, her bir hasta için her bir boyutun kalite skoru bulunur. Daha sonra, her bir hasta için hesaplanan SERVQUAL skorları toplanarak katılımcı (n) sayısına bölünür ve her bir hizmet boyutunun toplam SERVQUAL skoru hesaplanmış olur. Ortaya çıkan sonuçlar boyut bazında SERVQUAL skorudur. Bu boyutları şu şekilde sıralayabiliriz.

SQ1 = Fiziksel özellikler boyutuna yönelik SERVQUAL skoru

SQ2 = Güvenilirlik boyutuna yönelik SERVQUAL skoru

SQ3 = Heveslilik boyutuna yönelik SERVQUAL skoru

SQ4= Güven boyutuna yönelik SERVQUAL skoru

SQ5 = Empati boyutuna yönelik SERVQUAL skoru

$SQ1 = [(P1-E1) + (P2-E2) + (P3-E3) + (P4-E4)] / 4$

$SQ2 = [(P5-E5) + (P6-E6) + (P7-E7) + (P8-E8) + (P9-E9)] / 5$

$SQ3 = [(P10-E10) + (Pn-E11) + (P12-E12) + (P13-E13)] / 4$

$SQ4 = [(P14-E14) + (P15-E15) + (P16-E16) + (P17-E17)] / 4$

$SQ5 = [(P18-E18) + (P19-E19) + (P20-E20) + (P21-E21) + (P22-E22)] / 5$

SERVQUAL Ölçeği'nin hasta beklentileriyle ilgili kısmındaki maddeler için yapılan güvenilirlik analizinde Cronbach Alfa katsayısı 0,951; hasta algılarıyla ilgili kısmındaki maddeler için yapılan güvenilirlik analizinde Cronbach Alfa katsayısı 0,967; algı ve beklenti ortalamasının Cronbach Alfa katsayısı ise 0,955 bulunmuştur

Tablo 13: Beklenen Kaliteye İlişkin Betimleyici İstatistikler Tablosu

	N	Minimum	Maksimum	Ortalama	Std. Sapma
Fiziksel Özellikler	1000	2,00	5,00	4,2962	,47199
Güvenilirlik	1000	3,00	5,00	4,3808	,37949
Heveslilik	1000	2,75	5,00	4,4025	,49408
Güven	1000	2,00	5,00	4,3525	,43910
Empati	1000	1,75	5,00	4,2840	,47966

Fiziksel Özellikler boyutunun ortalaması 4,2962±0,47199; Güvenilirlik boyutunun ortalaması 4,3808±0,37949; Heveslilik boyutunun ortalaması 4,4025±0,49408; Güven boyutunun ortalaması 4,3525±0,43910; Empati boyutunun ortalaması 4,2840±0,47966 olarak hesaplanmıştır. Bu bulgulara göre, en yüksek ortalamayı Heveslilik alırken en düşük ortalamayı ise Empati almıştır.

Tablo 14: Algılanan Kaliteye İlişkin Betimleyici İstatistikler Tablosu

	N	Minimum	Maksimum	Ortalama	Std. Sapma
Fiziksel Özellikler	1000	1,75	5,00	4,0495	,50713
Güvenilirlik	1000	2,20	5,00	4,1178	,43877
Heveslilik	1000	2,25	5,00	4,2767	,47310
Güven	1000	2,00	5,00	4,2075	,37561
Empati	1000	2,50	5,00	4,2590	,39979

Fiziksel Özellikler boyutunun ortalaması 4,0495±0,50713; Güvenilirlik boyutunun ortalaması 4,1178±0,43877; Heveslilik boyutunun ortalaması

4,2767±47310; Güven boyutunun ortalaması 4,2075±0,37561; Empati boyutunun ortalaması 4,2590±0,39979 olarak hesaplanmıştır. Bu bulgulara göre, en yüksek ortalamayı Heveslilik alırken en düşük ortalamayı ise Fiziksel Özellikler almıştır.

3.6. Araştırmanın Modeli ve Hipotezler

Bu araştırmada mevcut durumu tespit etme amaçlandığından tarama modeline başvurulmuştur. Tarama modelleri, geçmişte ya da halen var olan bir durumu var olduğu şekliyle betimlemeyi amaçlayan araştırma yaklaşımlarıdır. Araştırmaya konu olan şey, birey ya da nesne, kendi koşulları içinde ve olduğu gibi tanımlanmaya çalışılır. Onları, herhangi bir şekilde değiştirme, etkileme çabası gösterilmez (Karasar, 2016). Araştırma kapsamında kurulan hipotezler aşağıda listelenmiştir:

Hipotez 1:

H₀: Hastaların aile sağlığı merkezinde sunulan hizmetin fiziksel özelliklerine ilişkin beklentileri kurum tarafından karşılanmamaktadır.

H₁: Hastaların aile sağlığı merkezinde sunulan hizmetin fiziksel özelliklerine ilişkin beklentileri kurum tarafından karşılanmaktadır.

Hipotez 2:

H₀: Hastaların aile sağlığı merkezinde sunulan hizmetin güvenilirliğine ilişkin beklentileri kurum tarafından karşılanmamaktadır.

H₁: Hastaların aile sağlığı merkezinde sunulan hizmetin güvenilirliğine ilişkin beklentileri kurum tarafından karşılanmaktadır.

Hipotez 3:

H₀: Hastaların aile sağlığı merkezinde sunulan hizmetin hevesliliğine ilişkin beklentileri kurum tarafından karşılanmamaktadır.

H₁: Hastaların aile sağlığı merkezinde sunulan hizmetin hevesliliğine ilişkin beklentileri kurum tarafından karşılanmaktadır.

Hipotez 4:

H₀: Hastaların aile sağlığı merkezinde sunulan hizmetin güvenine ilişkin beklentileri kurum tarafından karşılanmamaktadır.

H₁: Hastaların aile sağlığı merkezinde sunulan hizmetin güvenine ilişkin beklentileri kurum tarafından karşılanmaktadır.

Hipotez 5:

H₀: Hastaların aile sağlığı merkezinde sunulan hizmetin empatisine ilişkin beklentileri kurum tarafından karşılanmamaktadır.

H₁: Hastaların aile sağlığı merkezinde sunulan hizmetin empatisine ilişkin beklentileri kurum tarafından karşılanmaktadır.

Hipotez 6:

H₀: Hastaların aile sağlığı merkezinde sunulan hizmet kalitesine ilişkin beklentileri sosyodemografik özelliklere göre farklılaşmamaktadır.

H₁: Hastaların aile sağlığı merkezinde sunulan hizmet kalitesine ilişkin beklentileri sosyodemografik özelliklere göre farklılaşmaktadır.

Hipotez 7:

H₀: Hastaların aile sağlığı merkezinde sunulan hizmet kalitesine ilişkin algıları sosyodemografik özelliklere göre farklılaşmamaktadır.

H₁: Hastaların aile sağlığı merkezinde sunulan hizmet kalitesine ilişkin algıları sosyodemografik özelliklere göre farklılaşmaktadır.

3.7. Verilerin Analizi

Araştırmada verilerin değerlendirilmesinde SPSS 22 (Statistical Program for Social Sciences) paket programı, %95 güvenilirlik düzeyinde kullanılmıştır. Verilerin normal dağılım uygunluğu için Shapiro Wilk Testi kullanılmıştır. Bu teste göre p değerı 0,05'ten küçükse değerken normal dağılım göstermemektedir. Yapılan analiz sonucunda 22 beklenti ve algı ifadesi için p değerlerinin tümü 0,05'in üstünde bulunduğu için normal dağılım olduğu belirlenmiştir. Bu nedenle verilerin normal dağılıma uyduğu durumlarda kullanılan parametrik testlerin uygulanması uygun

görülmüştür. İki grup arasındaki farkın karşılaştırılmasında t-test, ikiden fazla grup durumunda parametrelerin karşılaştırılmasında ise ANOVA ve Post-Hoc testlerinden LSD uygulanmıştır. Veriler değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodlar (sayı, yüzde, standart sapma, ortalama) kullanılmıştır. Analiz sonuçları tablolarda gösterilerek yorumlanıp anlatılmıştır.



DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

4.1. Katılımcıların Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Katılımcıların demografik özelliklerine ilişkin frekans ve yüzdeler bu bölümde yer almaktadır.

Tablo 15: Katılımcıların Demografik Özellikleri

	Frekans	Yüzde
Cinsiyet		
Erkek	272	27,2
Kadın	728	72,8
Eğitim düzeyi		
Okur-yazar	48	4,8
İlköğretim	845	84,5
Lise	72	7,2
Ön Lisans	18	1,8
Lisans	17	1,7
Gelir düzeyi		
1500 TL ve altı	824	82,4
1501 - 3000 TL	167	16,7
3001 TL ve üzeri	9	,9

Toplam katılımcı sayısı n=1000

Tablo 15 incelendiğinde, katılımcıların %72,8'sini (728) kadınlar, %27,2'sini (272) ise erkeklerin oluşturduğu görülmektedir. Bununla birlikte katılımcıların %84,5'inin (845) ilköğretim, %7,2'sinin (72) lise, %4,8'inin (48) okuryazar, %1,8'inin (18) ön lisans, %1,7'sinin (17) lisans düzeyinde eğitimi olduğu belirlenmiştir. Gelir düzeyi açısından yapılan değerlendirmede katılımcıların %82,4'ünün (824) 1500 TL ve altı, %16,7'sinin (167) 1501-3000 TL, %0,9'unun (9) 3001 TL ve üzeri gelirinin olduğu görülmüştür.

4.2. Hipotezlerin Test Edilmesi

Araştırma kapsamında kurulan hipotezlere ilişkin test sonuçları bu bölümde değerlendirilmiştir.

Tablo 16: Fiziksel Özelliklere Yönelik Memnuniyet Düzeyi

	BEKLENTİ		ALGILAMA		Fark	SERVQUAL Skoru	t	df	Anl (p)
	Ort.	Std. Sapma	Ort.	Std. Sapma					
1	4,49	0,537	3,97	0,483	-0,52	-0,245	12,211	999	,000
2	4,27	0,679	3,89	0,692	-0,38				
3	4,35	0,629	4,36	0,639	0,01				
4	4,07	0,444	3,98	0,549	-0,09				

Tablo 16'ya göre fiziksel özellikler faktörü için SERVQUAL skoru -0,245 olarak belirlenmiştir. Ölçek için tespit edilen negatif değerli SERVQUAL skoru, fiziksel özellikler boyutunda sağlık hizmetleri kullanıcılarının beklentilerinin karşılanmadığını göstermektedir. Bununla birlikte, ölçeği oluşturan üç soru için ortalama beklenti puanları, ortalama algılama puanlarından yüksek bulunmuşken, bir soru için ise ortalama algılama puanları ortalama beklenti puanlarından yüksek bulunmuştur.

Tablo daha detaylı incelenecek olursa, fiziksel özellikler boyutuna ait beklenti puanlarının analiz sonuçları şu şekilde sıralanabilir: Ölçekte yer alan Sağlık kurumunun modern araç ve gereçleri olmalıdır. ifadesi 4,49 puan ile en yüksek beklenti puan ortalamasını temsil etmektedir. Bununla birlikte, ölçekte yer alan Sağlık kurumu hizmet sunumunda kullandıkları materyaller görsel açıdan çekici olmalıdır. ifadesi 4,07 puan ile en düşük puan ortalamasını temsil etmektedir.

Diğer taraftan, fiziksel özellikler boyutuna ait algılama puanlarının analiz sonuçları ise şu şekilde özetlenebilir: Ölçekte yer alan Sağlık kurumu çalışanları düzgün görünümlü ve temizdirler. ifadesi 4,36 puan ile en yüksek algılama puan ortalamasını temsil etmektedir. Bununla birlikte, ölçekte yer alan Sağlık kurumu binası ve iç ortamı görünüş açısından çekicidir. ifadesi 3,89 puan ile en düşük puan ortalamasını temsil etmektedir.

Elde edilen SERVQUAL skorundaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığını kontrol etmek için anlamlılık (p) değeri kontrol edilmiştir. Tabloda yer alan anlamlılık (p) değerinin 0 olması ve bu hali ile eşik değer olan 0,05'in altında kalmasından dolayı algılanan fiziksel özellikleri, beklenen fiziksel özelliklerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir. Bu sonuca göre aile sağlığı merkezinde sunulan hizmetin fiziksel özellikler boyutu hastaların beklentilerini

karşılayamamaktadır. Bu bulgu çerçevesinde **H₀**: Hastaların aile sağlığı merkezinde sunulan hizmetin fiziksel özelliklerine ilişkin beklentileri kurum tarafından karşılanmamaktadır şeklinde kurulan hipotez kabul edilmiştir.

Tablo 17: Güvenilirliğe Yönelik Memnuniyet Düzeyi

	BEKLENTİ		ALGILAMA		Fark	SERVQUAL Skoru	t	df	Anl (p)
	Ort.	Std. Sapma	Ort.	Std. Sapma					
5	4,69	0,514	4,28	0,615	-0,41	-0,262	14,287	999	,000
6	4,28	0,701	3,99	0,595	-0,29				
7	4,4	0,514	4,23	0,613	-0,17				
8	4,39	0,52	4,02	0,444	-0,37				
9	4,14	0,358	4,07	0,327	-0,07				

Tablo 17'ye göre güvenilirlik faktörü için SERVQUAL skoru -0,262 olarak belirlenmiştir. Ölçek için tespit edilen negatif değerli SERVQUAL skoru, güvenilirlik boyutunda sağlık hizmetleri kullanıcılarının beklentilerinin karşılanmadığını göstermektedir. Bununla birlikte, ölçeği oluşturan tüm sorular için ortalama beklenti puanları, ortalama algılama puanlarından yüksek bulunmuştur.

Tablo daha detaylı incelenecek olursa, güvenilirlik boyutuna ait beklenti puanlarının analiz sonuçları şu şekilde sıralanabilir: Ölçekte yer alan Sağlık kurumu çalışanlarının bir risk için söz verdiklerinde, sözleri zamanında yerine getirilmesi beklenir. ifadesi 4,69 puan ile en yüksek beklenti puan ortalamasını temsil etmektedir. Bununla birlikte, ölçekte yer alan Sağlık kurumu, hizmetlerle ilgili kayıtlarını hatasız tutmalıdırlar. ifadesi 4,14 puan ile en düşük puan ortalamasını temsil etmektedir.

Diğer taraftan, güvenilirlik boyutuna ait algılama puanlarının analiz sonuçları ise şu şekilde özetlenebilir: Ölçekte yer alan Sağlık kurumu tarafından verilen sözler zamanında yerine getirilir. ifadesi 4,28 puan ile en yüksek algılama puan ortalamasını temsil etmektedir. Bununla birlikte, ölçekte yer alan Sağlık kurumu hastaların bir problemi olduğunda ilgili personel bunu çözmek için gerekli ilgi ve yardımı gösterir. ifadesi 3,99 puan ile en düşük puan ortalamasını temsil etmektedir.

Elde edilen SERVQUAL skorundaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığını kontrol etmek için anlamlılık (p) değeri kontrol edilmiştir. Tabloda yer alan anlamlılık (p) değerinin 0 olması ve bu hali ile eşik değer olan 0,05'in altında kalmasından dolayı algılanan güvenilirlik, beklenen güvenilirlikten istatistiksel olarak

anlamli düzeyde yüksektir. Bu sonuca göre aile sağlığı merkezinde sunulan hizmetin güvenilirliği boyutu hastaların beklentilerini karşılayamamaktadır. Bu bulgu çerçevesinde **H₀**: Hastaların aile sağlığı merkezinde sunulan hizmetin güvenilirliğine ilişkin beklentileri kurum tarafından karşılanmamaktadır şeklinde kurulan hipotez kabul edilmiştir.

Tablo 18: Heveslilikē Yönelik Memnuniyet Düzeyi

	BEKLENTİ		ALGILAMA						
	Ort.	Std. Sapma	Ort.	Std. Sapma	Fark	SERVQUAL Skoru	t	df	Anl (p)
10	4,41	0,506	4,57	0,564	0,16	-0,125	6,299	999	,000
11	4,37	0,552	4,51	0,717	0,14				
12	4,46	0,577	4,03	0,472	-0,43				
13	4,37	0,576	4	0,488	-0,37				

Tablo 18'e göre heveslilik faktörü için SERVQUAL skoru -0,125 olarak belirlenmiştir. Ölçek için tespit edilen negatif değerli SERVQUAL skoru, heveslilik boyutunda sağlık hizmetleri kullancılarının beklentilerinin karşılanmadığını göstermektedir. Bununla birlikte, leği oluşturan iki soru için ortalama beklenti puanları, ortalama algılama puanlarından yüksek bulunmuşken, iki soru için ise ortalama algılama puanları ortalama beklenti puanlarından yüksek bulunmuştur.

Tablo daha detaylı incelenecek olursa, heveslilik boyutuna ait beklenti puanlarının analiz sonuçları şu şekilde sıralanabilir: Ölçekte yer alan Sağlık alışanları, hastalara her zaman yardım etmeye istekli olmalıdırlar. ifadesi 4,46 puan ile en yüksek beklenti puan ortalamasını temsil etmektedir. Bununla birlikte, ölçekte yer alan Sağlık alışanları müşterilere hızlı hizmet vermelidirler. ve Sağlık alışanları, asla hastaların isteklerine cevap veremeyecek kadar meşgul olmamalıdırlar. ifadeleri 4,37 puan ile en düşük puan ortalamasını temsil etmektedir.

Diğer taraftan, heveslilik boyutuna ait algılama puanlarının analiz sonuçları ise şu şekilde özetlenebilir: Ölçekte yer alan Sağlık kurumu çalışanları hastalara tam olarak hizmetin ne zaman yerine getirileceğini söylerler (hizmetlerini önceden belirttiği zaman içinde verir). ifadesi 4,57 puan ile en yüksek algılama puan ortalamasını temsil etmektedir. Bununla birlikte, ölçekte yer alan Sağlık kurumu

Çalışanları hastaların ricalarına yanıt veremeyecek kadar meşgul değildirler. ifadesi 4,00 puan ile en düşük puan ortalamasını temsil etmektedir.

Elde edilen SERVQUAL skorundaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığını kontrol etmek için anlamlılık (p) değeri kontrol edilmiştir. Tabloda yer alan anlamlılık (p) değerinin 0 olması ve bu hali ile eşik değer olan 0,05'in altında kalmasından dolayı algılanan heveslilik, beklenen heveslilik istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir. Bu sonuca göre aile sağlığı merkezinde sunulan hizmetin heveslilik boyutu hastaların beklentilerini karşılayamamaktadır. Bu bulgu çerçevesinde **H₀**: Hastaların aile sağlığı merkezinde sunulan hizmetin hevesliliğine ilişkin beklentileri kurum tarafından karşılanmamaktadır şeklinde kurulan hipotez kabul edilmiştir.

Tablo 19: Güvene Yönelik Memnuniyet Düzeyi

	BEKLENTİ		ALGILAMA		Fark	SERVQUAL Skoru	t	df	Anl (p)
	Ort.	Std. Sapma	Ort.	Std. Sapma					
14	4,46	0,575	4,03	0,476	-0,43	-0,145	8,438	999	,000
15	4,13	0,393	4,28	0,54	0,15				
16	4,34	0,637	4,11	0,546	-0,23				
17	4,49	0,52	4,42	0,519	-0,07				

Tablo 19'a göre güven faktörü için SERVQUAL skoru -0,145 olarak belirlenmiştir. Ölçek için tespit edilen negatif değerli SERVQUAL skoru, güven boyutunda sağlık hizmetleri kullanıcılarının beklentilerinin karşılanmadığını göstermektedir. Bununla birlikte, leği oluşturan üç soru için ortalama beklenti puanları, ortalama algılama puanlarından yüksek bulunmuşken, bir soru için ise ortalama algılama puanları ortalama beklenti puanlarından yüksek bulunmuştur.

Tablo daha detaylı incelenecek olursa, güven boyutuna ait beklenti puanlarının analiz sonuçları şu şekilde sıralanabilir: Ölçekte yer alan Sağlık alışanları, hastaların sorularını cevaplayacak bilgiye sahip olmalıdırlar. ifadesi 4,49 puan ile en yüksek beklenti puan ortalamasını temsil etmektedir. Bununla birlikte, ölçekte yer alan Hastalar, sağlık ile olan ilişkilerinde kendilerini güvende hissetmelidirler. ifadesi 4,13 puan ile en düşük puan ortalamasını temsil etmektedir.

Diğer taraftan, güven boyutuna ait algılama puanlarının analiz sonuçları ise şu şekilde özetlenebilir: Ölçekte yer alan Sağlık kurumu hastaları hizmet işlemlerinde güven hissederler. ifadesi 4,28 puan ile en yüksek algılama puan ortalamasını temsil etmektedir. Bununla birlikte, ölçekte yer alan Sağlık kurumu çalışanlarının davranışları hastalarda güven duygusu uyandırır. ifadesi 4,03 puan ile en düşük puan ortalamasını temsil etmektedir.

Elde edilen SERVQUAL skorundaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığını kontrol etmek için anlamlılık (p) değeri kontrol edilmiştir. Tabloda yer alan anlamlılık (p) değerinin 0 olması ve bu hali ile eşik değer olan 0,05'in altında kalmasından dolayı algılanan güven, beklenen güvenden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir. Bu sonuca göre aile sağlığı merkezinde sunulan hizmetin güven boyutu hastaların beklentilerini karşılayamamaktadır. Bu bulgu çerçevesinde **H₀**: Hastaların aile sağlığı merkezinde sunulan hizmetin güvenine ilişkin beklentileri kurum tarafından karşılanmamaktadır şeklinde kurulan hipotez kabul edilmiştir.

Tablo 20: Empatiye Yönelik Memnuniyet Düzeyi

	BEKLENTİ		ALGILAMA		Fark	SERVQUAL Skoru	t	df	Anl (p)
	Ort.	Std. Sapma	Ort.	Std. Sapma					
18	4,36	0,581	4,39	0,514	0,03	-0,0225	1,500	999	0,134
19	4,32	0,644	4,37	0,546	0,05				
20	4,44	0,574	4,04	0,517	-0,4				
21	4,01	0,551	4,24	0,66	0,23				

Tablo 20'ye göre güven faktörü için SERVQUAL skoru -0,0225 olarak belirlenmiştir. Ölçek için tespit edilen negatif değerli SERVQUAL skoru, empati boyutunda sağlık hizmetleri kullanıcılarının beklentilerinin karşılanmadığını göstermektedir. Bununla birlikte, ölçeği oluşturan bir soru için ortalama beklenti puanları, ortalama algılama puanlarından yüksek bulunmuşken, üç soru için ise ortalama algılama puanları ortalama beklenti puanlarından yüksek bulunmuştur.

Tablo daha detaylı incelenecek olursa, empati boyutuna ait beklenti puanlarının analiz sonuçları şu şekilde sıralanabilir: Ölçekte yer alan Sağlık kurumu hastalarına bireysel olarak ilgi göstermelidir. ifadesi 4,36 puan ile en yüksek beklenti puan ortalamasını temsil etmektedir. Bununla birlikte, ölçekte yer alan Sağlık

alışanlarından hastaların özel ihtiyaçlarını anlamaları beklenir. ifadesi 4,01 puan ile en düşük puan ortalamasını temsil etmektedir.

Diğeri taraftan, empati boyutuna ait algılama puanlarının analiz sonuçları ise şu şekilde özetlenebilir: Ölçekte yer alan Sağlık kurumu çalışanları hastalara bireysel ilgi gösterirler. ifadesi 4,39 puan ile en yüksek algılama puan ortalamasını temsil etmektedir. Bununla birlikte, ölçekte yer alan Sağlık kurumu hastaların çıkarları ile gönülden ilgilenir. ifadesi 4,04 puan ile en düşük puan ortalamasını temsil etmektedir.

Elde edilen SERVQUAL skorundaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığını kontrol etmek için anlamlılık (p) değeri kontrol edilmiştir. Tabloda yer alan anlamlılık (p) değerinin 0,134 olması ve bu hali ile eşik değer olan 0,05'in üstünde olmasından dolayı algılanan empati, beklenen empatiden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşüktür. Bu sonuca göre aile sağlığı merkezinde sunulan hizmetin empati boyutu hastaların beklentilerini karşılamaktadır. Bu bulgu çerçevesinde **H₁**: Hastaların aile sağlığı merkezinde sunulan hizmetin empatisine ilişkin beklentileri kurum tarafından karşılanmaktadır şeklinde kurulan hipotez kabul edilmiştir.

4.3. Algılanan ve Beklenen Hizmet Kalitelerinin Katılımcıların Cinsiyet, Eğitim Düzeyi ve Gelir Durumuna Göre Farklılaşması

Bu bölümde ASM'lerde algılanan ve beklenen hizmet kalitesinin cinsiyet, eğitim düzeyi ve gelir düzeyinden oluşan demografik değişkenlere göre farklılaşmasına ilişkin t-test ve ANOVA sonuçları yer almaktadır.

Tablo 21: Algılanan Hizmet Kalitesinin Cinsiyete Göre Farklılaşması

	N	X	SS	t	P
Algılanan fiziksel özellikler				-,801	, 912
Kadın	272	4,0285	,54912		
Erkek	728	4,0573	,49069		
Algılanan güvenilirlik				-1,920	, 703
Kadın	272	4,0743	,47607		
Erkek	728	4,1341	,42318		
Algılanan heveslilik				-,417	, 188
Kadın	272	4,2665	,52931		
Erkek	728	4,2806	,45063		
Algılanan güven				-,461	, 460
Kadın	272	4,1985	,37828		
Erkek	728	4,2109	,37482		
Algılanan empati				,231	, 565
Kadın	272	4,2638	,39665		
Erkek	728	4,2572	,40121		
Algılanan hizmet kalitesi toplam				-,832	, 777
Kadın	272	4,1619	,43296		
Erkek	728	4,1854	,38369		

Tablo 21'e göre algılanan hizmet kalitesi unsurları olan fiziksel özellikler, güvenilirlik, heveslilik, güven ve empati ile birlikte algılanan hizmet kalitesi toplam puanı cinsiyete göre farklılaşmamaktadır ($p>0,05$).

Tablo 22: Algılanan Hizmet Kalitesinin Eğitim Durumuna Göre Farklılaşması

	N	X	SS	F	p	Fark
Algılanan fiziksel özellikler				,761	,516	
Okur-yazar ¹	48	3,9479	,68409			
İlköğretim ²	845	4,0527	,48759			
Lise ³	72	4,0833	,54708			
Üniversite ⁴	35	4,0429	,60478			
Algılanan güvenilirlik				2,136	,094	
Okur-yazar ¹	48	3,9833	,58758			
İlköğretim ²	845	4,1181	,42182			
Lise ³	72	4,1722	,47508			
Üniversite ⁴	35	4,1829	,50497			
Algılanan heveslilik				,360	,782	
Okur-yazar ¹	48	4,2292	,63126			
İlköğretim ²	845	4,2778	,45985			
Lise ³	72	4,3125	,47239			
Üniversite ⁴	35	4,2429	,55069			
Algılanan güven				4,193	,006	
Okur-yazar ¹	48	4,1094	,42183			3>1
İlköğretim ²	845	4,2003	,36312			4>1
Lise ³	72	4,2813	,40667			4>2
Üniversite ⁴	35	4,3643	,47875			
Algılanan empati				,267	,849	
Okur-yazar ¹	48	4,2188	,41777			
İlköğretim ²	845	4,2586	,39019			
Lise ³	72	4,2778	,41230			
Üniversite ⁴	35	4,2857	,56276			
Algılanan hizmet kalitesi toplam				1,190	,312	
Okur-yazar ¹	48	4,0923	,53239			
İlköğretim ²	845	4,1785	,38289			
Lise ³	72	4,2229	,41849			
Üniversite ⁴	35	4,2218	,48148			

Tablo 22'ye göre algılanan hizmet kalitesi faktörlerinden güven eğitim düzeyine göre farklılaşmaktadır ($p<0,05$). Buna göre lise mezunu katılımcıların ortalaması okur-yazar olan katılımcıların ortalamasından anlamlı şekilde yüksektir. Bununla birlikte üniversite mezunu katılımcıların ortalaması okur-yazar ve ilköğretim mezunu olan katılımcıların ortalamasından anlamlı şekilde yüksektir.

Tablo 23: Algılanan Hizmet Kalitesinin Gelir Düzeyine Göre Farklılaşması

	N	X	SS	t	P
Algılanan fiziksel özellikler				1,427	, 340
1500 TL ve altı	824	4,0601	,50487		
1500 TL ve üzeri	176	4,0000	,51617		
Algılanan güvenilirlik				1,313	, 335
1500 TL ve altı	824	4,1262	,43837		
1500 TL ve üzeri	176	4,0784	,43973		
Algılanan heveslilik				,870	, 510
1500 TL ve altı	824	4,2828	,46570		
1500 TL ve üzeri	176	4,2486	,50674		
Algılanan güven				-,382	,126
1500 TL ve altı	824	4,2054	,37813		
1500 TL ve üzeri	176	4,2173	,36449		
Algılanan empati				,900	, 230
1500 TL ve altı	824	4,2643	,40335		
1500 TL ve üzeri	176	4,2344	,38281		
Algılanan hizmet kalitesi toplam				,992	,782
1500 TL ve altı	824	4,1848	,39606		
1500 TL ve üzeri	176	4,1521	,40485		

Tablo 23'e göre algılanan hizmet kalitesi unsurları olan fiziksel özellikler, güvenilirlik, heveslilik, güven ve empati ile birlikte algılanan hizmet kalitesi toplam puanı gelir düzeyine göre farklılaşmamaktadır ($p>0,05$).

Tablo 24: Beklenen Hizmet Kalitesinin Cinsiyete Göre Farklılaşması

	N	X	SS	t	P
Beklenen fiziksel özellikler				,665	,966
Kadın	272	4,3125	,46931		
Erkek	728	4,2902	,47316		
Beklenen güvenilirlik				1,879	,066
Kadın	272	4,4176	,34957		
Erkek	728	4,3670	,38942		
Beklenen heveslilik				2,092	,247
Kadın	272	4,4559	,49199		
Erkek	728	4,3826	,49371		
Beklenen güven				1,842	,269
Kadın	272	4,3943	,42151		
Erkek	728	4,3369	,44477		
Beklenen empati				2,227	,817
Kadın	272	4,3392	,44338		
Erkek	728	4,2634	,49123		
Beklenen hizmet kalitesi toplam				1,879	,984
Kadın	272	4,3855	,40397		
Erkek	728	4,3299	,42145		

Tablo 24'e göre beklenen hizmet kalitesi unsurları olan fiziksel özellikler, güvenilirlik, heveslilik, güven ve empati ile birlikte beklenen hizmet kalitesi toplam puanı cinsiyete göre farklılaşmamaktadır ($p>0,05$).

Tablo 25: Beklenen Hizmet Kalitesinin Eğitim Durumuna Göre Farklılaşması

	N	X	SS	F	p	Fark
Beklenen fiziksel özellikler				1,798	,146	
Okur-yazar ¹	48	4,4115	,37363			
İlköğretim ²	845	4,2979	,46381			
Lise ³	72	4,2535	,46249			
Üniversite ⁴	35	4,1857	,72847			
Beklenen güvenilirlik				1,365	,252	
Okur-yazar ¹	48	4,4833	,32442			
İlköğretim ²	845	4,3766	,37716			
Lise ³	72	4,3528	,36693			
Üniversite ⁴	35	4,4000	,50643			
Beklenen heveslilik				2,101	,099	
Okur-yazar ¹	48	4,5677	,48030			
İlköğretim ²	845	4,3985	,49041			
Lise ³	72	4,3681	,46718			
Üniversite ⁴	35	4,3429	,61860			
Beklenen güven				1,409	,239	
Okur-yazar ¹	48	4,4792	,37485			
İlköğretim ²	845	4,3456	,43092			
Lise ³	72	4,3542	,47795			
Üniversite ⁴	35	4,3429	,60051			
Beklenen empati				3,165	,024	
Okur-yazar ¹	48	4,4323	,39860			
İlköğretim ²	845	4,2843	,46724			1>2
Lise ³	72	4,2674	,45449			1>4
Üniversite ⁴	35	4,1071	,79123			2>4
Beklenen hizmet kalitesi toplam				1,925	,124	
Okur-yazar ¹	48	4,4752	,37796			
İlköğretim ²	845	4,3423	,41176			
Lise ³	72	4,3208	,39761			
Üniversite ⁴	35	4,2816	,59244			

Tablo 25'e göre beklenen hizmet kalitesi faktörlerinden sadece empati eğitim düzeyine göre farklılaşmaktadır ($p<0,05$). Buna göre okur-yazar katılımcıların ortalaması ilköğretim ve üniversite mezunu olan katılımcıların ortalamasından anlamlı şekilde yüksektir. Bununla birlikte ilköğretim mezunu katılımcıların ortalaması üniversite mezunu olan katılımcıların ortalamasından anlamlı şekilde yüksektir.

Tablo 26: Beklenen Hizmet Kalitesinin Gelir Düzeyine Göre Farklılaşması

	N	X	SS	t	P
Beklenen fiziksel özellikler				2,228	,272
1500 TL ve altı	824	4,3116	,46985		
1500 TL ve üzeri	176	4,2244	,47665		
Beklenen güvenilirlik				1,230	,000
1500 TL ve altı	824	4,3876	,38627		
1500 TL ve üzeri	176	4,3489	,34525		
Beklenen heveslilik				,939	,007
1500 TL ve altı	824	4,4093	,49806		
1500 TL ve üzeri	176	4,3707	,47507		
Beklenen güven				,197	,076
1500 TL ve altı	824	4,3538	,44470		
1500 TL ve üzeri	176	4,3466	,41306		
Beklenen empati				1,296	,506
1500 TL ve altı	824	4,2931	,47504		
1500 TL ve üzeri	176	4,2415	,49993		
Beklenen hizmet kalitesi toplam				1,281	,006
1500 TL ve altı	824	4,3528	,42133		
1500 TL ve üzeri	176	4,3084	,39704		

Tablo 26'ya göre beklenen hizmet kalitesi faktörlerinden güvenilirlik ve heveslilik ile birlikte beklenen hizmet kalitesi toplam puanı ekonomik duruma göre farklılaşmaktadır ($p < 0,05$). Beklenen güvenilirlikte, 1500 TL ve altı gelirli katılımcıların ortalaması 1500 TL ve üzeri gelirli katılımcıların ortalamasından anlamlı şekilde yüksektir. Beklenen heveslilikte, 1500 TL ve altı gelirli katılımcıların ortalaması 1500 TL ve üzeri gelirli katılımcıların ortalamasından anlamlı şekilde yüksektir. Beklenen hizmet kalitesi toplamında, 1500 TL ve altı gelirli katılımcıların ortalaması 1500 TL ve üzeri gelirli katılımcıların ortalamasından anlamlı şekilde yüksektir.

TARTIŞMA VE SONUÇ

Sağlık hizmetleri kalite beklentileri ve algılarının karşılaştırıldığı SERVQUAL araştırma sonuçlarını değerlendirmeden önce örneklem profilini genel olarak tanımak gereklidir. Örneklemi oluşturan kitlenin İstanbul’da bir aile sağlık merkezi hastaları olduğu bilinmektedir. Bunların ağırlıklı olarak ilköğretim düzeyinde eğitim sahibi, 1500 TL’den az aylık gelir sahibi olan ev hanımları olduğu görülmektedir. 1500 TL’nin gelir düzeyi olarak 2018 yılı satın alma gücü bakımından açlık sınırının altında olduğu bilinmektedir. Genel özellikleriyle sosyoekonomik profili verilen kitlenin tüketim ve satın alma alışkanlıkları ile genel yaşam refah düzeyinin oldukça düşük olduğu ve bu nedenle kalite beklentilerinin düşük olması beklenebilir. Aynı zamanda bu kitlenin kolaylıkla hizmet kalitesi algılarının beklentilerinin üzerine çıkarılabileceği varsayılabilir.

Araştırma bulguları, fiziksel özellikler, güvenilirlik, heveslilik, güven ve empati olmak üzere beş temel faktör üzerinden incelenmiştir.

İlk bulgumuz aile sağlığı merkezi fiziksel kalite özellikleri üzerinedir. Katılımcı hastaların aile sağlığı merkezinde sunulan hizmetin fiziksel özelliklerine ilişkin beklentilerinin kurum tarafından karşılanmadığı sonucuna ulaşılmıştır.

Fiziksel kalite beklentisinin en yüksek olduğu konu, sağlık kurumunun modern araç ve gereçleri olması gerektiğidir. Öte yanda katılımcıların algıladığı en düşük hizmet kalitesi unsuru sağlık kurumu binası ve iç ortamının görünüş açısından çekiciliği olmuştur. Fiziksel kalitenin sorgulandığı dört husustan sadece birinde algılanan kalite beklentisinin üzerine çıkabilmiştir. Genel olarak algıların beklentilerin altında gerçekleştiği ve fiziksel kalite anlamında kurumun başarısız olduğu söylenebilir. Araştırma örneklemimize yakın profile sahip örnekleme ile yapılan benzer araştırmalardan Torun (2009)’un araştırma bulguları da beklenti ve algıların en düşük olduğu boyutun fiziksel özellikler olduğunu göstermiştir. Bu yönüyle araştırmamızın bulgularıyla örtüşmektedir. Değer (2012) in benzer örneklem ile yaptığı araştırma bulguları algılanan en düşük hizmet kalite boyutu olarak fiziksel özellikleri göstermekte ve araştırma sonuçlarımızla örtüşmektedir. Sosyoekonomik düzeyi düşük kitlelerin fiziksel kalite özelliklerini negatif değerlendirme eğilimi olduğu gözlenmektedir.

İkinci bulgumuz hizmet kalitesinin güvenilirlik boyutu üzerinedir. Hastaların aile sağığı merkezinde sunulan hizmetin güvenilirliğine ilişkin beklentileri kurum tarafından karşılanmamaktadır.

Güvenilirliğe dair beklentinin en yüksek olduğu boyut sağıık kurumu çalışanlarının bir iş için söz verdiklerinde, sözlerini zamanında yerine getirmeleri olmuştur. Güvenilirlik üzerine algılanan en düşük husus ise sağıık kurumu hastaların bir problemi olduğunda ilgili personel bunu çözmek için gerekli ilgi ve yardımı göstermesi konusunda olmuştur. Güvenilirliğin alt boyutlarının hiçbirinde algı puanları beklenti puanlarının üzerine çıkamamıştır. Genel olarak bu boyutta algılar beklentinin hep altında çıkmıştır. Buna göre güvenilirlik anlamında kurum hizmet kalitesinin bütünüyle olumsuz olduğu söylenebilir. En düşük kalite algısının güvenilirlik boyutunda olduğunu bildiren İmamoğlu (2018)'nin bulguları da araştırmamız bulgularıyla örtüşmektedir. Öte yanda araştırma örnekleme profilimize çok yakın bir profilde örneklem ile ölçüm yapan Torun (2009) güvenilirlik boyutunu en yüksek beklenti ve algının gerçekleştiğı boyut olarak bulduğunu belirtmekte, örneklemin özellikleri ile güvenilirlik boyutunun beklenti ve algı durumları arasında bir ilişki olabileceğine dair çıkarımlar yapmamıza engel olmaktadır.

Üçüncü temel bulgumuz hizmet kalitesinin heveslilik boyutu üzerinedir. Bulgularımız, hastaların aile sağığı merkezinde sunulan hizmetin hevesliliğine ilişkin beklentilerinin kurum tarafından karşılanamadığına işaret etmiştir.

Hastalar, sağıık çalışanlarının hastalara her zaman yardım etmeye istekli olmaları konusunda en yüksek beklentiye sahiptirler. Pekkaya ve İmamoğlu (2017) ile Öziç (2007)'in araştırmalarında ise heveslilik beklentilerin en düşük olduğu hizmet boyutu olarak raporlanmıştır. Bu açıdan bulgularımızdan uzaklaşan söz konusu araştırmalarda örneklem profilinin sosyoekonomik açıdan nispeten üstün olduğu görülmekte farkın nedeni buna bağlanmaktadır.

Öte yanda heveslilik anlamında hizmet kalitesini en olumsuz algıladıkları konu, sağıık kurumu çalışanlarının hastaların ricalarına yanıt veremeyecek kadar meşgul olmalarıdır. Hevesliliğı sorgulayan dört konudan ikisinde algılar, beklentilerin üzerine çıkabilmiştir. Genel olarak bu boyutta algılar ile beklentiler arasında bir eşitlik

oluşturmuştur. Diğer bir ifadeyle hizmet kalitesinin heveslilik boyutunda kurum yarı yarıya başarılı sayılabilir.

Dördüncü temel bulgumuz hizmet kalitesinin güven boyutu üzerine olmuştur. Araştırma sonuçları, hastaların aile sağlığı merkezinde sunulan hizmete güven konusundaki beklentilerinin kurum tarafından karşılanamadığını göstermiştir.

Hastaların güven anlamında en yüksek beklentileri sağlık çalışanlarının hastaların sorularını cevaplayacak bilgiye sahip olmaları hususunda olmuştur. Öte yanda sağlık kurumu çalışanlarının davranışlarının hastalarda güven duygusu uyandırmaması, beklentilerinin en altında gerçekleşen algıları olmuştur. Güveni sorgulayan dört konudan sadece birinde algılar beklentilerin üzerine çıkabilmiştir. Genel olarak bu boyutta algılar, beklentilerin altında gerçekleşmiştir.

Pekkaya ve İmamoğlu (2017) ve Değer (2012) in araştırma bulguları güven boyutunda beklentinin yüksek olduğuna işaret etmektedir. Değer (2012) algılanan kalitenin yüksek olduğu boyutlar arasında güven boyutunu da saymakta bu yönüyle araştırma bulgularımızla farklılaşmaktadır. Farkın nedeni olarak araştırmacının bulguları hastane yatan hastalarından bizim ise sağlık ocağı ayakta tedavi hastalarından olmasına yormaktayız.

Son olarak sağlık hizmeti kalitesinin empati boyutuna bakıldığında, hastaların aile sağlığı merkezinde sunulan hizmetin empati boyutuna ilişkin beklentilerinin kurum tarafından karşılandığı şeklindedir. Hastaların empati anlamında en yüksek beklenti içinde oldukları husus, sağlık kurumunun hastalarına bireysel olarak ilgi göstermesi üzerine olmuştur. Öte yanda empati anlamında algıların en düşük gerçekleştiği husus ise sağlık kurumunun hastaların çıkarları ile gönülden ilgilenip ilgilenmediği üzerine olmuştur. Sağlık kurumunda kalitenin empati boyutunu sorgulayan dört konudan üçünde algılar beklentileri karşılayıp üzerine çıkmıştır. Buna bakarak empati boyutunda kurumun nispeten başarılı olduğu söylenebilir.

Araştırma yaptığımız kurum empati anlamında başarılı bulunmuştur. Empati kalite boyutunda Ağız ve diş sağlığı merkezinde olumlu sonuçlar elde eden Koraslı (2008) nın bulguları ile araştırma bulgularımız örtüşmektedir. Empati boyutunda benzer sonuçların nedeni, yatan hastanın olmadığı ayakta tedavinin ağırlık kazandığı kurumlar olması olabilir.

Hizmet kalitesi algısının hastaların eğitim düzeyi açısından farklılaştığına dair araştırma bulgularımız mevcuttur. Hizmet kalitesi boyutlarından sadece güven boyutu algılamalarının hastaların eğitim düzeyine göre farklılaştığı görülmüştür. Bulguların ayrıntılarına bakıldığında lise mezunu katılımcıların ortalamasının okur-yazar olan katılımcıların güven boyutu ortalamasından anlamlı şekilde yüksek olduğu görülmüştür. Ayrıca üniversite mezunu katılımcıların güven boyutu ortalamasının hem okur-yazarlardan hem de ilköğretim mezunu olan katılımcılardan anlamlı şekilde yüksek olduğu görülmüştür. Eğitim düzeyi arttıkça hastaların güven algıları artmaktadır. Eğitim düzeyine göre güven boyutunun anlamlı bir şekilde farklılaştığını belirten Özatkan (2008)' ın bulguları, güven boyutu-eğitim düzeyi arasındaki ilişkiye dair bulgumuzu desteklemektedir.

Eğitim düzeyleri açısından dikkat çeken bir başka araştırma bulgusu, hizmet kalitesinin empati boyutuna ilişkin beklentilerin hastaların eğitim düzeylerine göre anlamlı bir şekilde farklılaştığıdır. Aynı bulgunun ayrıntılarında okur-yazar katılımcıların, ilköğretim ve üniversite mezunu katılımcılardan anlamlı şekilde yüksek empati beklentisi içinde oldukları görülmüştür. Ayrıca ilköğretim mezunu katılımcıların da üniversite mezunu olan katılımcılardan anlamlı bir şekilde yüksek empati beklentisine sahip oldukları anlaşılmıştır. Araştırma sonuçlarımıza bakarak, genel olarak eğitim düzeyinin artmasıyla birlikte empati beklentisinin arttığı söylenebilir. Pekkaya ve İmamoğlu (2017), eğitim seviyesinin düşmesiyle empati boyutunda kalite beklentisinin arttığını belirterek, Mohammad (2007) ise düşük eğitim düzeyinde empati boyutu kalite algısının yüksek olduğunu belirterek bulgularımızla çelişen bir durum sergilemektedirler.

Hizmet kalitesinin hem bir bütün olarak hem de bazı boyutlarındaki beklentilerin katılımcıların gelir düzeyine göre anlamlı bir şekilde farklılaştığına dair bulgular mevcuttur. Bu kapsamda güvenilirlik ve heveslilik boyutları ile birlikte bir bütün olarak hizmet kalitesine yönelik hasta beklentilerinin hastaların gelir düzeyine göre anlamlı bir şekilde farklılaştığı görülmektedir. Güvenilirlik beklentisi açısından 1500 TL ve altı gelirli katılımcıların 1500 TL ve üzeri gelirli katılımcılardan anlamlı bir şekilde daha yüksek beklenti içinde oldukları anlaşılmıştır. Ayrıca, heveslilik beklentisi açısından 1500 TL ve altı gelirli katılımcıların 1500 TL ve üzeri gelirli katılımcılardan anlamlı bir şekilde daha yüksek beklenti içinde oldukları

anlaşılmaktadır. Hizmet kalitesine yönelik bütüncül beklentiler açısından 1500 TL ve altı gelirli katılımcıların 1500 TL ve üzeri gelirli katılımcılardan anlamlı bir şekilde daha yüksek beklentilere sahip olduğu da bulgularımız arasındadır. Gelir düzeyinin artmasıyla birlikte güvenilirlik ve heveslilik boyutlarında belirgin olmak üzere genel hizmet kalitesi beklentilerinin düştüğü genellemesi yapılabilir. Pekkaya ve İmamoğlu (2017) düşük gelirli hastaların heveslilik boyutuna önem verdiğini belirtmekte ve bulgumuzu desteklemektedir. İmamoğlu (2018) nispeten gelir düzeyi yüksek bir örneklem ile yaptığı araştırma sonuçlarına göre gelir düzeyi artan hastaların genel hizmet kalite algılarının düştüğünü belirtmektedir. Karşılaştırmalı bulgulardan, gelir düzeyi arttıkça hem genel hizmet kalitesi beklentisinin hem de algılanan genel hizmet kalitesinin düştüğü sonucu çıkarılabilir.

Araştırma sonuçları genel olarak değerlendirildiğinde araştırmanın yürütüldüğü ASM tarafından sunulan hizmet kalitesinin müşteri beklentilerini karşılamadığı görülmüştür. Bu noktada çalışmanın yapıldığı ASM başta olmak üzere tüm ASM’lerde hizmet kalitesinin yükseltilmesi için çalışmalar yapılması önerilmektedir. Sağlık Bakanlığı tarafından hastalar üzerinde periyodik olarak yapılacak kalite araştırmaları ile sorunları tespit etmesi ve bu tespitler doğrultusunda politikalar üretilmesi ile ASM’lerde hizmet kalitesinin artırılacağı düşünülmektedir.

Eğitim seviyesi düşük hasta grubunda ASM tarafından sunulan hizmete yönelik güvenin daha düşük olması dikkate alınarak hastaların ASM’lerde sunulan hizmetler konusunda detaylı bir şekilde bilgilendirilmesi önerilmektedir. Özellikle kamu spotu uygulamalarının artırılması önerilmektedir.

Sağlık Bakanlığı tarafından sağlık hizmetlerinde kalitenin artırılması amacıyla tıp fakültelerinde ve diğer sağlık çalışanlarının eğitim aldığı fakültelerde hizmet kalitesi dersinin zorunlu hale getirilmesi önerilmektedir. Bu sayede sağlık çalışanlarının hastaların algı ve beklentilerini doğru analiz ederek hizmet kalitesinin artırılmasına yönelik çözümler getireceği düşünülmektedir.

Mevcut araştırma kapsamında İstanbul’da bir ASM’ye başvuran 1000 katılımcı ile hizmet kalitesi araştırılmıştır. Örneklem bir ASM ile sınırlı olması dikkate alınarak sonraki araştırmalarda farklı bölgelerden farklı sosyodemografik özelliklere

sahip hasta profili içeren örneklemeler kullanılması önerilmektedir. Bu sayede farklı ASM'ler ve bölgeler arasında karşılaştırma yapılabilecektir.

Sonraki araştırmalarda hizmet kalitesi ile birlikte hizmet kalitesi üzerinde etkili olan diğer faktörlerin de değerlendirilmek suretiyle mevcut araştırmanın tekrarlanması önerilmektedir. Bu noktada araştırmacılar algılanan risk, algılanan değer ve doktor imajı gibi değişkenleri kullanabilir.



KAYNAKÇA

- AKDEMİR, N., & AKKUŞ, A. G. Y. (2006). Rehabilitasyon ve hemşirelik. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 13(1), 82-91.
- AKTAN C. C. ve IŞIK A. K (2007), Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Alternatif Yöntemler. Aktan C. C. ve Saran U (Ed.), Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi, (s.10-21). İstanbul: Aura Kitapları.
- AKTÜRK Z. VE DAĞDEVİREN, N (2004). *Aile Hekimliğinin Kilometre Taşları: Millis ve Willard Raporları*. İstanbul: Türkiye Aile Hekimliği Uzmanlık Derneği Yayınları.
- ALTAN Ş. ATAN M. EDİZ A (2003). Servqual Analizi ile Toplam Hizmet Kalitesinin Ölçümü ve Yüksek Eğitimde Bir Uygulama. 12.Ulusal Kalite Kongresi. İstanbul: Kalder.
- ARDIÇ K (1998) İç müşteri tatmini ile hizmet kalitesi ilişkisinin ölçülmesi (Bir mağaza zincirinde uygulama). Doktora Tezi, Sakarya Üniversitesi/ Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- ARISAN, YELDA VE DEVEBAKAN, NEVZAT (2016) Sağlık İşletmelerinde Çalışanların Sunulan Hizmetlere Yönelik Kalite Algısı: İzmir’de Bir Devlet Hastanesinde Araştırma Atatürk Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilimler Dergisi, Cilt: 30 Sayı: 3.
- ATAAY, F (2005). Kamu Hizmetlerinin Metalaştırılması ve Sağıktaki Yansımaları. *Toplum ve Hekim*, 20 (1), 65-71.

- ATAAY, F (2006). *Neoliberalizm ve Devletin Yeniden Yapılandırılması, Türkiye’de Kamu Reformu Üzerine İncelemeler*. Ankara: De Ki Basım Yayınları.
- ATAAY, F (2008). Sağlık Reformu ve Yurttaşlık Hakları. *Amme İdaresi Dergisi*, 41 (3), 169-184.
- BABAKUS E, MANGOLD WG (1992). Adapting the Servqual Scale to Hospital Services: An Empirical Investigation. *Health Services Research*, 26(6): 767-786.
- BAŞBAKKAL, Z., SÖNMEZ, S., CELASİN, N. S., VE ESENAY, F (2010). 3-6 yaş grubu çocuğun akut bir hastalık nedeniyle hastaneye yatışa karşı davranışsal tepkilerinin belirlenmesi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 7(1), 456-468.
- BURAK, E., KARATAŞ, İ (2011). Dünyada ve Türkiye’de Aile Hekimliğinin Gelişimi. *Bozok Tıp Dergisi*, 3, 29-33.
- BUTTLE F (1996). Servqual: Review, Critique, Research Agenda. *European Journal of Marketing*, 30(1): 8-32.
- CARMAN MJ (1990). Consumer Perceptions of Service Quality: An Assessment of the Servqual Dimensions. *Journal of Retailing*, 66(1): 35-55.

- ÇATAK, B., AKSAN, A. D., & ZİNCİR, M. (2012). Karabük Toplum Sağlığı Merkezi Bölgesinde Doğum Öncesi Bakım Hizmetlerinin Nicelik ve Niteliği. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 11(2).
- ÇATALCA, HURİYE, (2003), Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi, Beta Yayınları, İstanbul.
- ÇAVUŞ, M. F., VE GEMİCİ, E (2013). Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetimi. Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi. *The Journal of Academic Social Science*, 1(1), 238-257.
- ÇEVİK, C (2013). *Manisa İline Ait Sağlık Düzeyi Göstergeleri: Yıllara Göre Sağlık Ocağı Ve Aile Hekimliği Dönemlerinin Karşılaştırılması (2003-2012)* (Doktora tezi). <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/> adresinden edinilmiştir. Erişim tarihi: (04.10.17)
- ÇORUH M (1994). Toplam Kalite Yönetimi, Hastane Uygulamaları Gerekçeler ve Güçlükler. Sağlık Sektöründe TKY'nin Yeri. Ed. M. Çoruh. Haberal Eğitim Vakfı, Yeni Farsa Matbacılık, Ankara
- DEĞER Ç (2012) Kano Modeli İle Bütünleştirilmiş Servqual Analizinin Kalite fonksiyon Yayılımına Uygulanarak Hizmet Kalitesi İyileştirilmesi Ve Bir Sağlık Kuruluşunda Uygulanması,

- DEMİRDİZEN, H (2012). Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi, Genel Pratisyenlik ve Pratisyen Hekimlerin Mücadelesi. *Sosyalleştirmenin 50 Yılı. Füsun Sayek TTB Raporları/Kitapları* (s. 127-136). Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları.
- DEVEBAKAN N (2001). Sağlık İşletmelerinde Kalite ve Algılanan Hizmet Kalitesinin Ölçülmesi, Yüksek Lisans Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- DEVEBAKAN, N., VE AKSARAYLI, M (2003). Sağlık işletmelerinde algılanan hizmet kalitesinin ölçümünde SERVQUAL skorlarının kullanımı ve Özel Altınordu Hastanesi uygulaması. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 5(1), 38-54.
- ELBEK, O (2015) Herşey Sermaye İçin Sevgilim. Gülbiye Yenimahalleli Yaşar, Asuman Göksel ve Ömür Birler (der.) *Türkiye’de Sağlık Siyaset Piyasa* (s. 2156). Ankara: Notabene.
- ELBEK, O. VE ADAŞ, E. B (2009). Sağlıkta Dönüşüm: Eleştirel Bir Değerlendirme. *Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni*, 12 (1), 33-43.
- ERGÜDER, T., ESİN, S. KUTLU, L. VE KANYILMAZ, D (2000). Birinci Basamak Sağlık Hizmet Sunumunda Aile Hekimliği/ Genel Pratisyenlik. *Amme İdaresi Dergisi*, 33 (4), 103-111.
- EROĞLU, F., ÖZMEN, S., Yoğun Bakımda Hasta Sağlık Bakım Kalitesini Geliştirebilir miyiz?. *SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 8(3).

NOYANER, A., VE

AYDIN, C (2001).

ERSÖZ S,

PINARBAŞI M,

KÜRŞAD TA,

YÜZÜKIRMIZI M

(2009).

Hizmet Kalitesinin Servqual Metodu ile Ölçümü ve

Sonuçların Yapısal Eşitlik Modelleri ile Analizi:

Öğretmen Evi Uygulaması. *Int. J. Eng. Research &*

Development, 1(1): 19-27.

GÖKDERE Z (2001).

Banka İşletmelerinde Hizmet Kalitesinin Ölçülmesi

Üzerine Ampirik Bir Araştırma. Yayınlanmamış Yüksek

Lisans Tezi. Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

HAMZAOĞLU, O

(2006).

Kapitalizmin Depresyonu ve Sağlık: Türkiye’de Sağlıkta

Dönüşüm Programı. *İktisat Dergisi*, 479, 58-65.

HAMZAOĞLU, O.

VE YAVUZ, C. I

(2009).

Sağlıkta AKP’li Dönemin Bilançosu Üzerine. İ. Uzgel ve

B. Duru (Der). *AKP Kitabı Bir Dönüşümün Bilançosu* (s:

633-659). Ankara: Phoenix Yayınevi.

HAZİNE

MÜSTEŞARLIĞI

(2011).

Politika Analizi Raporu: Türkiye’de Aile Hekimliği

Uygulaması.

İMAMOĞLU Ö. P

(2018)

Servqual Boyutlarıyla Hastanedeki

Hizmet Kalitesi Ve Hasta Memnuniyetinin

Değerlendirilmesi: Bir Hastane Üzerinde Uygulama,

Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Bülent Ecevit

Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Zonguldak.

İSTANBUL İL

SAĞLIK

Toplum Sağlığı Merkezlerinin Kurulması ve

Çalıştırılmasına Dair Yönerge.

MÜDÜRLÜĞÜ
(2019).

<http://www.istanbulsaglik.gov.tr/ahweb/belge/mevzuat/yonerge.pdf>

- KANBER, NURHAN AYTUĞ; GÜRLEK, ÖZNUR; ÇİÇEK, HİMMET; GÖZLÜKAYA AYŞE, (2010), Bir Sağlık Kurumunda Sağlık Çalışanlarının Memnuniyeti, (Ed. Nihat Tosun, Sabahattin Aydın, Adnan Çinal, İrfan Şencan, Yasin Erkoç), Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi, Ed: Yıl: 1, Sayı: 2, s.114-126.
- KARABULUT, KEREM; YAPRAKLI, ŞÜKRÜ, (2001), Sağlık Hizmetlerinde Algılanan Kalite Düzeyinin Belirlenmesi- Erzurum’da Bir Uygulama İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi /Journal of Economics and Administrative Sciences, Cilt: 15, Sayı: 1-2, s.117-130
- KARASAR, NİYAZİ (2016). *Bilimsel araştırma yöntemi: kavramlar, ilkeler, teknikler.* Nobel Yayın Dağıtım.
- KAVUNCUBAŞI Ş. ve YILDIRIM S (2010), Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, (2. Baskı). Ankara: Siyasal Kitabevi.
- KAVUNCUBAŞI, Ş., VE YILDIRIM, S (2012). *Hastane ve sağlık kurumları yönetimi.* Siyasal Kitabevi.
- KAYA S (2005), Sağlık Hizmetlerinde Sürekli İyileştirme. Ankara: Pelikan.

- KAYA S,
TENGİLİMOĞLU D,
IŞIK O, AKBOLAT
M, YILMAZ A
(2013).
Sağlık Kurumlarında Kalite Yönetimi. Editör: Sıdıka Kaya. Anadolu Üniversitesi Yayını No: 2864
Açıköğretim Fakültesi Yayını No: 1821.
- KAYHAN, CEMİLE
(2015)
Sağlık Hizmet Kalitesinin Değerlendirilmesi:
Hizmeti Sunanlar Ve Alanlar Yayınlanmamış Yüksek
Lisans Tezi, Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri
Enstitüsü, Manisa.
- KILÇAR A.H (2013)
Sağlık Bakanlığı Hizmet Kalite Uygulamalarının Hastalar
Tarafından Algılanması Ve Bir Örnek. Yayınlanmamış
Yüksek Lisans Tezi, Celal Bayar Üniversitesi Sosyal
Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Manisa.
- KISA, ADNAN,
(2007),
Sağlık Kurumları Yönetimi, (Ed. N. Tokgöz), T.C.
Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir.
- KIZIL, C., AKMAN,
V., VE ÖZTÜRK, S
(2015).
Aile Sağlığı Merkezlerinden Hizmet Alan Hastaların
Hasta Memnuniyet Düzeylerinin Belirlenmesi: Yalova İli
Örneği. *Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler
Dergisi*, 8(2).
- KOÇEL T (2007),
İşletme Yöneticiliği, Yönetim ve Organizasyon,
Organizasyonlarda Davranış, Klasik, Modern, Çağdaş ve
Güncel Yaklaşımlar, (11. Baskı). İstanbul: Arıkan.

- KORASLI, DENİZ (2008) Ağız Diş Sağlığı Merkezinde Beklenen Ve Algılanan Hizmet Kalitesinin Ölçülmesi, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
- KORAŞLI D (2008). Ağız Diş Sağlığı Merkezinde Beklenen ve Algılanan Hizmet Kalitesinin Ölçülmesi. Yüksek Lisans Tezi. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- KOTLER P. VE ARMSTRONG G (2001) Princeples of Marketing, (9. Baskı). New Jersey: Prentice Hall.
- KOVANCI, AHMET, (2001), Toplam Kalite Yönetimi, Fakat Nasıl?, Sistem Yayıncılık, İstanbul.
- KUTBAY, E (2002). Sağlık Reformları Ekseninde Dünya Bankası ve Türkiye. *Kamu Yönetimi Dünyası Dergisi*, 3 (11-12), 33-35.
- MEVZUAT (2013). Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği <http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=7.5.17051&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=aile%20he>
- Mohammad, G.T (2007) Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi, Servqual Analiz İle Değerlendirilmesi Ve Ankara Ulus Devlet Hastanesi'nde Uygulama. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, Ankara.

- ODABAŞI Y (2010), Müşteri İlişkileri Yönetimi, (8. Baskı). İstanbul: Sistem.
- ÖZATKAN, Y (2008) Hastane İşletmelerinde Hizmet Kalitesinin Ölçülmesi Ve Bir Üniversite Hastanesi Örneği. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Hastane İşletmeciliği Bölümü, Ankara.
- ÖZCAN PAYCI, S. ÜNLÜOĞLU,İ (2004). Dünyada ve Türkiye’de Aile Hekimliği. S. Görpelioğlu (Ed.). *Aile Doktorları İçin Kurs Notları Birinci Aşama* (s: 23-29). Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları.
- ÖZDEMİR, A. M. VE YÜCESAN (2006) Türkiye’de Sosyal Güvenliğin Derin Dönüşümü: Farklı Birey Tahayyülleri. *İktisat Dergisi*, 478, 48-54.
- ÖZDEMİR, A. R (2012). *Sağlık Dönüşüm Programının Aile Hekimliği Uygulaması ve Hasta Memnuniyet Düzeyi: Kilis İli Örneği* (Yüksek lisans tezi).
- ÖZER, A., VE ÇAKIL, E (2007). Sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyetini etkileyen faktörler. *Tıp Araştırmaları Dergisi*, 5(3), 140-143.
- ÖZGENER, ŞEVKİ; KÜÇÜK, FATMA, (2008), Hastanelerde Modern Yönetim Felsefesinin Verimliliğe Etkisi: Gevher Nesibe Hastanesinde Bir Uygulama Selçuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Sayı: 20, s.341-358.

ÖZİÇ, SİMİN (2007) Measurement Of Quality in Health Care Sector:
Application Of Servqual Method İn Celal Bayar
University Hospital, Yayınlanmamış Yüksek Lisans
Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler
Enstitüsü.

ÖZKAN, Ö.,
ÇATIKER, A: (2007). Aile Sağlığı Hemşireliği: Sağlık Hizmetlerindeki
Özelleştirmenin Hemşirelik Mesleğindeki Görünümü.
Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi,
10(4), 91-104.

ÖZNALBANT Z
(2010), Sağlık Sektöründe Hizmet Kalitesi Ölçümü ve Bir
Uygulama. Afyonkarahisar: Afyon Kocatepe Üni. Yayın
No:77.

ÖZNALBANT,
ZEHRA, (2010), Sağlık Sektöründe Hizmet Kalitesi Ölçümü ve Bir
Uygulama, Afyon Kocatepe Üniversitesi Yayını, No:77,
Afyonkarahisar.

ÖZTEK, Z (2006). Sağlıkta Dönüşüm ve Aile Hekimliği. *Toplum Hekimliği
Bülteni*, 25 (2), 1-6.

ÖZTÜRK S. A (1998) Hizmet Pazarlaması. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi.

PARASURAMAN A, A Conceptual Model of Service Quality and It's
ZEITHAML V, Implications for Future, Journal of Marketing. 49:41-50.
BERRY LL (1985).

- PARASURAMAN A, ZEITHAML V, BERRY LL (1988). SERVQUAL: A Multiple-Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality. *Journal Of Retailing*, 64(1): 12-40.
- PARASURAMAN A, ZEITHAML V, BERRY LL (1990). Delivering Quality Service Balancing Customer Perceptions and Expectations, New York, New York: The Free Press, 1990, p.: 72.
- PARASURAMAN A, ZEITHAML V, BERRY LL (1991). Refinement and Reassessment of the SERVQUAL Scale. *Journal of Retailing*, 67(4): 420-450.
- PEKKAYA, MEHMET VE ÖZNUR P. İMAMOĞLU (2017). Hastane Hizmet Kalitesinde Servqual Boyutlarının Önem Derecelerinin Belirlenmesi, Uluslararası Yönetim İktisat Ve İşletme Dergisi, İjmeb17 Özel Sayısı, S. 607-616.
- SAATÇI, E., İNAN, M. VE AKPINAR, E (2006). Adana'dan Bir Aile Hekimliği Örneği. *Türk Aile Hekimliği Dergisi*, 10 (1), 20-24.
- SAĞLIK BAKANLIĞI (2019). Kanseri Erken Teşhis ve Tarama Merkezleri Yönetmeliği. <https://www.saglik.gov.tr/TR,10446/kanser-erken-teshis-ve-tarama-merkezleri-yonetmeliği.html>
- Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Hizmet Kalite Standartları http://www.standartkalite.com/saglikta_kalite_akreditasyonu.htm, Erişim Tarihi: 16 Temmuz 2017.
- SARIKAYA, NİLGÜN, (2003), Toplam Kalite Yönetimi, Sakarya Kitabevi, Sakarya.

- SARP N (2007), Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi. Aktan C. C. ve Saran U (Ed.), Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi, (s.491-519). İstanbul: Aura Kitapları.
- SAYIM, F., VE AYDIN, V. (2011). Hizmet Sektörü Özellikleri Ve Sistematiik Olmayan Risklerin Sektör Menkul Kıymetleri İle Etkileşimine Dair Teorik Bir Çalışma. Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 29, 245-262.
- SEVİMLİ S (2006). Hizmet Sektöründe Kalite ve Hizmet Kalitesi Üzerine Bir Uygulama. Doktora Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.
- SEYRAN D (2004). Hizmet Kalitesi Modeller ve Hizmet Kalitesine Yeni Bir Bakış Akışı. İstanbul: Kal-Der Yayınları No:34.
- SÖNMEZ, F. VE SEVİNDİK, M., O (2013). Sağlıkta Dönüşümün Sağlık Personeli Üzerine Etkisi: Aile Sağlığı Elemanı Olmak. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 12(1), 43-48.
- SÖYLEYİCİ, T (2010). *Aile Hekimliği Uygulamasında Hasta Memnuniyet Düzeyi: Denizli Uygulaması* (Yüksek lisans tezi). <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/> adresinden edinilmiştir. Erişim tarihi: (22.10.17)
- SÖYÜK, S. VE GÜN, İ. (2018). *Sağlık İşletmeleri Yönetiminde Temel Boyutlar Rehberi*. Beta Basım Yayım Dağıtım.

- SÜRMELİ H (2002). Kurumsal Bankacılık Sektöründe Hizmet Kalitesinin Ölçülmesi ve Rekabet Stratejisi İlişkisi. Yayımlanmamış Doktora Tezi. Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI (2001). Toplam Kalite Yönetimi (TKY) Dökümanları. Erişim Adresi: [<http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-2841/toplam-kalite-yonetimi-tky-dokumanlari.html>]. Erişim Tarihi: 11/10/2017.
- T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI (2005). Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları Kurumsal Kaliteyi Geliştirme ve Performans Değerlendirme Yönergesi. Erişim Adres: [http://Www.İhsm.Gov.Tr/İndir/Mevzuat/Yonergeler/Yg_17032005_1.Pdf]. Erişim Tarihi: 13/10/2017.
- T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI (2015). Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı. Erişim Adresi: <http://www.kalite.saglik.gov.tr/index.php?lang=trvepage=14>]. Erişim Tarihi: 13/10/2017.
- TARIM M (2009), Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi. Coşkun A. ve Akın A (Ed.), Sağlık Hizmetleri Yönetim Rehberi, (s 65-89). Ankara: Seçkin.
- TAŞ D (2009), Sağlık Hizmet Kalitesinin Ölçümüne İlişkin Bir Uygulama. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi/ Sosyal Bilimler Enstitüsü.

- TAŞLIYAN, M., VE SİBEL, GÖK (2012). Kamu ve Özel Hastanelerde Hasta Memnuniyeti: Kahramanmaraş'ta Bir Alan Çalışması. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 2(1), 69-94.
- TATAR, M (2011). Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye'de Gelişimi. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 1(1), 103-133.
- TENGİLİMOĞLU D (2011), Sağlık Hizmetleri Pazarlaması, Ankara: Siyasal Kitabevi.
- TENGİLİMOĞLU D., IŞIK O., AKBOLAT M (2009), Sağlık İşletmeleri Yönetimi. Ankara: Nobel.
- TORUN E., (2009) Dr. Sami Ulus Çocuk Hastalıkları Hastanesinde Beklenen Ve Algılanan Hizmet Kalitesinin Servqual Ölçeği İle Değerlendirilmesi, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Sağlık Bilimler Enstitüsü,
- TTB (2007). *Kentlerde Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesi: Çok Sektörlü Yaklaşım*. Ankara: TTB Yayınları.
- TUSEB (2018). Sağlık Harcamaları İstatistikleri, 2017. https://www.tuseb.gov.tr/enstitu/tacese/yuklemeler/RAPORLAR/tuik_2018_saglik_harcamalari_2017.pdf

- TÜRKAK (2016). Türk Akreditasyon Kurumu. Erişim Adresi: <http://www.turkak.org.tr/TURKAKSITE/KurumsalKurulusKanunu.aspx> Erişim Tarihi: 08.10.17
- ÜRETEN S (2005), Üretim ve işlemler Yönetimi (Stratejik Kararlar ve Karar Modelleri), (5. Baskı). Ankara: Gazi.
- Wonca World Family Doctors Caring For People Europe, Wonca Aile Hekimliği Avrupa Tanımı (2002). <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/document/s/WONCA%20definition%20Turkish%20version.pdf> adresinden edinilmiştir. Erişim tarihi: (14.10.17)
- YAMAK O., (1998), Kalite odaklı yönetim. İstanbul: Panel Matbaacılık.
- YAŞAR, GY (2011). Health Transformation Programme in Turkey: An Assessment. *International Journal of Health Planning and Management*, 26 (2): 110-133.
- YILMAZ V, ÇELİK HE, DEPREN B (2007). Devlet ve Özel Sektör Bankalarındaki Hizmet Kalitesinin Karşılaştırılması: Eskişehir Örneği. *Doğuş Üniversitesi Dergisi*, 8(2): 234248.
- ZAİM H, TARIM M (2010). Hasta Memnuniyeti: Kamu Hastaneleri Üzerine Bir Alan Araştırması. *Sosyal Siyaset Konferansları*, 59: 1-24.

ZEİTHAML V. A.
VE BİTNER M. J
(1996),

Services Marketing. New York: The McGRAW -HILL.

http://ketem.org/ketem_nedir.php, Erişim Tarihi: 26.
Haziran. 2017.

http://www.ailehekimligi.gov.tr/index.php?option=com_content&view=article&id=315: toplum-sal-
merkezleriveItemid=247, Erişim Tarihi: 26 Haziran
2017.

http://www.ekodialog.com/Hizmet_Ekonomisi/hizmet_ekonomisi_gelisimi.html, Erişim Tarihi: 02 Haziran 2017.

<http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-463/sayisi224--rg-tarihi12011961--rg-sayisi10705-saglik-hiz-.html> Erişim
Tarihi: 10 Temmuz 2017.

<http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-555/hasta-haklari-yonetmeligi.html>, Erişim Tarihi: 25. Temmuz 2017.

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs319.pdf>
Erişim Tarihi: 11 Temmuz 2017.

<https://www.sgb.gov.tr/IPA%20Proiesi/1.%20Bile%C5%99Fen%20->

EKLER

EK 1. ANKET FORMU

Değerli Katılımcı

Bu anket çalışması İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Hastane ve Sağlık Kuruluşlarında Yönetim Ana bilim dalı için yürütülmekte olan “HİZMET KALİTESİNİN SERVQUAL MODELİ İLE ÖLÇÜLMESİ; İstanbul İli Bir Aile Sağlığı Merkezi Örneği” isimli tez çalışmasında kullanılmak üzere hazırlanmıştır. Sorulara, size en yakın olan cevabı verebilirsiniz. Araştırmada elde edilen bilgiler tamamen araştırma amaçlı kullanılacaktır.

Kişisel Bilgiler

Cinsiyet : () Erkek () Kadın

Öğrenim Durumu : () İlköğretim () Lise () Ön Lisans () Lisans () Lisansüstü

Aylık Gelir : () 1500TL ve altı () 1501-3000TL () 3000 TL ve üstü

Sağlık Hizmetlerinden Beklenen Kalite	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
Sağlık kurumunun modern araç ve gereçleri olmalıdır.					
Sağlık kurumu görsel açıdan çekici olmalıdır.					
Sağlık kurumu çalışanları temiz ve düzgün görünüşlü olmalıdır.					
Sağlık kurumu hizmet sunumunda kullandıkları materyaller görsel açıdan çekici olmalıdır.					
Sağlık kurumu çalışanlarının bir risk için söz verdiklerinde, sözleri zamanında yerine getirilmesi beklenir.					
Hastaların bir problemi olduğunda, sağlık çalışanları bu problemi çözmek için müşterilerle samimi şekilde ilgilenmelidirler.					
Sağlık kurumu, sunmuş olduğu hizmetleri ilk seferde doğru olarak yerine getirmelidir.					
Sağlık kurumu, hizmetlerini söz verdikleri zamanda yerine getirmeleri beklenir.					
Sağlık kurumu, hizmetlerle ilgili kayıtlarını hatasız tutmalıdır.					
Sağlık çalışanları hastalara hizmetlerin tam olarak ne zaman sunulacağını söylemelidirler.					
Sağlık çalışanları müşterilere hızlı hizmet vermelidirler.					
Sağlık çalışanları, hastalara her zaman yardım etmeye istekli olmalıdırlar.					
Sağlık çalışanları, asla hastaların isteklerine cevap veremeyecek kadar meşgul olmamalıdırlar.					

Sağlık çalışanlarının davranışları, hastalara güven duygusu uyandırmalıdır.					
Hastalar, sağlık ile olan ilişkilerinde kendilerini güvende hissetmelidirler.					
Sağlık çalışanlarının, sürekli olarak hastalara karşı saygılı olmalıdırlar.					
Sağlık çalışanları, hastaların sorularını cevaplayacak bilgiye sahip olmalıdırlar.					
Sağlık kurumu hastalarına bireysel olarak ilgi göstermelidir.					
Sağlık kurumu tüm hastaları için elverişli çalışma saatleri bulunmalıdır.					
Sağlık çalışanları, hastaları için ellerinden gelenin en iyisini yapmalıdırlar.					
Sağlık çalışanlarından hastaların özel ihtiyaçlarını anlamaları beklenir.					

Sağlık Hizmetlerinde Algılanan Kalite Puan	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
Sağlık kurumu modern görünümlü teçhizata (Ekipman ve donanımlara) sahiptir					
Sağlık kurumu binası ve iç ortamı görünüş açısından çekicidir.					
Sağlık kurumu çalışanları düzgün görünümlü ve temizdirler.					
Sağlık kurumu verilen hizmetin yanı sıra sundukları ek hizmetlerde mevcuttur.					
Sağlık kurumu tarafından verilen sözler zamanında yerine getirilir.					
Sağlık kurumu hastaların bir problemi olduğunda ilgili personel bunu çözmek için gerekli ilgi ve yardımı gösterir.					
Sağlık kurumu hizmeti ilk anda yerine getirirler.(Hizmetleri en kısa sürede verirler)					
Sağlık kurumu hizmetleri söz verdikleri anda yerine getirirler.					
Sağlık kurumu hatasız bir şekilde kayıt tutmaktadır.					
Sağlık kurumu çalışanları hastalara tam olarak hizmetin ne zaman yerine getirileceğini söylerler (hizmetlerini önceden belirttiği zaman içinde verir).					
Sağlık kurumu çalışanları hastalara hızlı şekilde hizmet verirler.					

Sağlık kurumu çalışanları her zaman hastalara yardım etmeye isteklidirler. (bu servis çalışanları her an müşterilere yardım etmeye hazır ve gönüllüdürler).					
Sağlık kurumu çalışanları hastaların ricalarına yanıt veremeyecek kadar meşgul değildirler.					
Sağlık kurumu çalışanlarının davranışları hastalarda güven duygusu uyandırır.					
Sağlık kurumu hastaları hizmet işlemlerinde güven hissederekler.					
Sağlık kurumu çalışanları sürekli olarak hastalara saygılıdır.					
Sağlık kurumu çalışanları hastaların isteklerini yanıtlayacak bilgiye sahiptirler.					
Sağlık kurumu çalışanları hastalara bireysel ilgi gösterirler.					
Sağlık kurumu tüm hastaları için uygun çalışma saatleri vardır.					
Sağlık kurumu hastaların çıkarları ile gönülden ilgilenir.					
Sağlık kurumu çalışanları hastaların özel ihtiyaçlarını anlar.					