

**T.C.**  
**DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ**  
**SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**  
**İŞLETME ANABİLİM DALI**  
**HASTANE VE SAĞLIK KURULUŞLARI YÖNETİMİ**  
**PROGRAMI**  
**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ**  
**KALİTESİNİN SERVQUAL MODELİNE GÖRE**  
**ÖLÇÜMÜ: AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNDE BİR**  
**İNCELEME**

**Abidin DUYGULU**

**Danışman**

**Doç.Dr. N. Hakan ÇIRAKLAR**

**2025**

**T.C.**  
**DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ**  
**SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**  
**İŞLETME ANABİLİM DALI**  
**HASTANE VE SAĞLIK KURULUŞLARI YÖNETİMİ**  
**PROGRAMI**  
**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTESİNİN**  
**SERVQUAL MODELİNE GÖRE ÖLÇÜMÜ: AİLE SAĞLIĞI**  
**MERKEZİNDE BİR İNCELEME**

**Abidin DUYGULU**

**Danışman**

**Doç.Dr. N. Hakan ÇIRAKLAR**

**İZMİR-2025**

**YÜKSEK LİSANS**  
**TEZ ONAY SAYFASI**

**Üniversite** : Dokuz Eylül Üniversitesi  
**Enstitü** : Sosyal Bilimler Enstitüsü  
**Adı ve Soyadı** : ABİDİN DUYGULU  
**Öğrenci No** : 1994800622  
**Tez Başlığı** : Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Kalitesinin SERVQUAL Modeline Göre  
Ölçümü: Aile Sağlığı Merkezinde Bir İnceleme  
  
**Savunma Tarihi** : 28.05.2025  
**Danışmanı** : Doç.Dr. N. Hakan ÇIRAKLAR

**JÜRİ ÜYELERİ**

<b><u>Ünvanı, Adı, Soyadı</u></b>	<b><u>Üniversitesi</u></b>	<b><u>İmza</u></b>
Doç.Dr. N. Hakan ÇIRAKLAR	- Dokuz Eylül Üniversitesi	.....
Dr. Öğrt. Üyesi Sedef Gülsüm AKSU	- Dokuz Eylül Üniversitesi	.....
Doç. Dr. Aylin ÜNAL	- Celal Bayar Üniversitesi	.....

ABİDİN DUYGULU tarafından hazırlanmış ve sunulmuş olan bu tez savunmada başarılı bulunarak oy birliği ( ) / oy çokluğu ( ) ile kabul edilmiştir.

**Prof. Dr. Zehra Nilüfer KARACASULU**  
Müdür

## YEMİN METNİ

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum “Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Kalitesinin SERVQUAL Modeline Göre Ölçümü: Aile Sağlığı Merkezinde Bir İnceleme” ismini taşıyan çalışmamın, tarafımdan bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

17.6.2025

Abidin DUYGULU

## ÖZET

Tezli Yüksek Lisans Tezi

“Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Kalitesinin SERVQUAL Modeline Göre  
Ölçümü: Aile Sağlığı Merkezinde Bir İnceleme”

Abidin DUYGULU

Dokuz Eylül Üniversitesi

Sosyal Bilimler Enstitüsü

İşletme Anabilim Dalı

Hastane ve Sağlık Kuruluşları Yönetimi Programı

Bu çalışmanın temel amacı, hastaların birinci basamak sağlık hizmetlerinden “aile hekimliği” uygulamasında bekledikleri hizmet kalitesi ile algıladıkları hizmet kalitesi arasındaki farkı SERVQUAL ölçeğini kullanarak ölçmektir. Servqual Ölçeğine göre hizmet kalitesinin boyutları literatürde fiziksel varlıklar, güvenilirlik, heveslilik, güven ve empati boyutlarıdır. Bu boyutlar ayrı ayrı beklenen ve algılanan hizmet kalitesi olarak ölçülmektedir. Bu çalışma iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde kavramlar ve özellikleri tanımlanmış, ikinci bölümde ise uygulama ve bu uygulamaya ait bulguların analizi yapılmıştır. Araştırmanın verileri 1. Basamak Sağlık Hizmetlerinde faaliyet gösteren bir Aile Sağlığı Merkezinde 295 hasta ve hasta yakınları üzerinden kolayda örneklem yöntemiyle toplanmıştır. Verilerin analizinde gerçekleştirilen güvenilirlik analizi sonucu cronbach alpha katsayıları beklenen hizmet kalitesi boyutları için sırasıyla fiziksel varlıklar ( $\alpha=0.921$ ), güvenilirlik ( $\alpha=0.924$ ), heveslilik ( $\alpha=0.888$ ), güven ( $\alpha=0.918$ ) ve empati için ( $\alpha=0.906$ ) olarak bulunmuştur. Algılanan hizmet kalitesi için güvenilirlik katsayıları ise fiziksel varlıklar ( $\alpha=0.853$ ), güvenilirlik ( $\alpha=0.920$ ), heveslilik ( $\alpha=0.891$ ), güven ( $\alpha=0.929$ ) ve empati için ( $\alpha=0.916$ ) dir. Gerçekleştirilen nonparametrik test (Wilcoxon) sonucunda beklenen ve algılanan hizmet kalitesi boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Bulgular, beklenen fiziksel özellikler ile gerçekleşen fiziksel özellikler arasında anlamlı bir fark olduğunu göstermektedir. Hizmet

verilen merkezin fiziki varlıklar boyutu diğer hizmet kalitesi boyutlarının sonuçları da dikkate alındığında hastaların beklentilerinin oldukça altında kalmaktadır.

**Anahtar Kelimeler: Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri, Aile hekimliği, Hizmet kalitesi, Servqual Ölçeği**



## **ABSTRACT**

**Master's Thesis**

**Measurement of Primary Health Care Quality According to SERVQUAL**

**Model: An Enquiry in Family Health Center**

**Abidin DUYGULU**

**Dokuz Eylül University**

**Graduate School of Social Sciences**

**Department of Business Administration**

**Hospital and Healthcare Organizations Management Program**

The aim of this study is to measure differences between expected and realized service qualities that is based on patients' perception in Primary Health Care Facilities" by using the SERVQUAL scale. According to the SERVQUAL scale, the aspects of service quality are tangibles, reliability, responsiveness, assurance and empathy. These aspects are measured individually as anticipated and perceived service quality. This study consists of two chapters. In the first chapter, the concepts and their features are determined, and in the second chapter, the practice is made and the findings of the practice are analyzed. The data of the research are gathered by using the convenience sampling method, and from 295 patients and their relatives that get service from a General Practice facility that operates under Primary Health Care Facilities Services. The cronbach alpha coefficient results of the reliability analysis that is made during data analysis for the anticipated service quality are found as ( $\alpha=0,921$ ), ( $\alpha=0,924$ ), ( $\alpha=0,888$ ), ( $\alpha=0,918$ ) and ( $\alpha=0,906$ ) for tangibles, reliability, responsiveness, assurance and empathy, respectively. For the perceived service quality, the results are ( $\alpha=0,853$ ) for tangibles, ( $\alpha=0,920$ ) for reliability, ( $\alpha=0,891$ ) for responsiveness, ( $\alpha=0,929$ ) for assurance, and ( $\alpha=0,916$ ) for empathy. A remarkable statistical difference is found in the aspects of anticipated and perceived service qualities as a result of the nonparametric test (Wilcoxon) that is conducted. The findings show that there is a significant difference between expected and actual physical characteristics. The aspect of

**tangibles of the operating facility remains far under the anticipations of the patients, even when the results of other aspects are concerned.**

**Keywords: Primary Health Care, Family Medicine, Quality of Service, Servqual Scale**



**BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTESİNİN SERVQUAL  
MODELİNE GÖRE ÖLÇÜMÜ: AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNDE BİR  
İNCELEME**

**İÇİNDEKİLER**

TEZ ONAY SAYFASI	ii
YEMİN METNİ	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	viii
KISALTMALAR	x
TABLolar LİSTESİ	xi
ŞEKİLLER LİSTESİ	xii
GİRİŞ	1

**BİRİNCİ BÖLÜM**

**BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ, HİZMET, HİZMET  
KALİTESİ ANLAMI VE TANIMI**

1.1. SAĞLIK KAVRAMI ANLAMI VE TANIMI	3
1.2. HİZMET KAVRAMI	4
1.2.1. Hizmetin Özellikleri	5
1.3. SAĞLIK HİZMETLERİ	7
1.3.1. Aile Hekimliği	11
1.3.1.1. Sosyo-Ekonomik Gelişmişlik Düzeyi	12
1.3.1.2. Mali Kapasite	13
1.3.1.3. Arz/Hizmet Sunumu ve Hizmet Sunucusu Davranışları:	13
1.4. KALİTE TANIMI VE SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE OLGUSU	14
1.4.1. Kalitenin Tanımı	14
1.4.2. Sağlık Hizmetlerinde Kalite	16
1.5. HİZMET KALİTESİ VE KAVRAMSAL HİZMET KALİTESİ MODELİ	20

1.5.1. Hizmet Kalitesi Boyutları	22
1.6. HİZMET KALİTESİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER	25
1.6.2. Hizmet veren personeli etkileyen faktörler	29
1.6.2.1. Personelin Kişilik Özellikleri	29
1.6.2.2. Personelin Beklentileri	29
1.6.2.3. Örgütsel ve Yönetmel Faktörler	30
1.6.3. Hem Müşteriyi Hem de Hizmet Veren Personeli Etkileyen Faktörler	30
1.6.3.1. Hizmet Üretimi ile İlgili Özellikler	30
1.6.3.2. Fiziksel Destek	31
1.6.3.3. Durumsal Etkiler	31
1.7. HİZMET KALİTESİ ÖLÇME YÖNTEMLERİ	32
1.7.1. SERVQUAL Modeli	32
1.7.2. SERVPERF Modeli	33
1.7.3 Kano Modeli	33
1.7.4. Net Promoter Score (NPS) (Tavsiye Ediciler)	33

## İKİNCİ BÖLÜM

### AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNDE HASTALARIN HİZMET KALİTESİ ALGISINA YÖNELİK BİR İNCELEME

2.1 ARAŞTIRMANIN AMACI	34
2.2. VARSAYIMLANAN ARAŞTIRMANIN MODELİ	34
2.2.1. Araştırmanın Hipotezleri	35
2.3. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ	35
2.4. ANALİZ VE DEĞERLENDİRME	36
2.5 ARAŞTIRMA BULGULARI	38
2.5.1 Örneklem Özelliklerine İlişkin Bulgular	38
2.5.2. Hizmet Kalitesi Boyutlarına Yönelik Bulgular	39
SONUÇ	43
KAYNAKÇA	45
EKLER	

## KISALTMALAR

<b>ABD</b>	Amerika Birleşik Devletleri
<b>EOQC</b>	Avrupa Kalite Kontrol Örgütü
<b>GAP</b>	Boşluk
<b>GSS</b>	Genel Sağlık Sigortası
<b>OECD</b>	Avrupa Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü
<b>SDP</b>	Sağlıkta Dönüşüm Projesi
<b>TBMM</b>	Türkiye Büyük Millet Meclisi
<b>TÜİK</b>	Türkiye İstatistik Kurumu
<b>WHO</b>	Dünya Sağlık Örgütü

## TABLÖLAR LİSTESİ

<b>Tablo 1:</b> Hizmet Kalitesi Boyutları Güvenilirlik Analizi Sonuçları	s. 37
<b>Tablo 2:</b> Örneklemin Özellikleri	s. 38
<b>Tablo 3:</b> Tanımlayıcı İstatistikler	s. 41



## ŞEKİLLER LİSTESİ

<b>Şekil 1:</b> Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması	s. 10
<b>Şekil 2:</b> Kavramsal Hizmet Kalitesi Modeli ( Fark Analizi Modeli)	s. 22
<b>Şekil 3:</b> Hizmet Kalitesini Etkileyen Faktörler	s. 26
<b>Şekil 4:</b> Araştırmanın Modeli	s. 34
<b>Şekil 5:</b> Beklenen ve Algılanan Hizmet Kalitesi Boyutlarının Karşılaştırılması	s. 42



## GİRİŞ

Sağlıklı olmanın paha biçilemez değerini belirtmek için yüzyıllar önce Kanuni Sultan Süleyman ,“Olmaya devlet cihanda bir nefes sıhhat gibi” derken, Edebali de “İnsanını yaşat ki devlet yaşasın” diye tarihe mal olmuş ifadeleri ile sağlığın önemini vurgulamışlardır.

21. Yüzyılda 2019 yılı son çeyreğinde başlayan Covid 19 pandemisiyle, ülkemizde ve dünyada sağlığın ve sağlık hizmetlerinin ne derece önemli olduğunu ve toplumsal hayata nasıl yön verdiğini görerek yaşadık ve hala etkilerini yaşıyoruz. Günümüzde hastalıkların insanlar ve dolayısıyla devletler üzerindeki etkisi; siyasi, iktisadi olayları belirleyici hale gelebilir. Toplumsal eve kapanmalar, sağlık hizmetlerinde yoğunluk sonucu yaşanan aksamalar, ürün tedarik zincirlerinin kırılması insanların yaşam kalitelerini azaltırken, seçmenler sağlıkla ilgili uygulanan politikalara göre siyasi tercihlerini değiştirebilmekte, sağlık hizmetlerini planlayamayan ve sağlık harcamalarının önünü alamayan devletler ise ekonomik yönden bütçe darboğazına girebilmektedir. Bu durum yeni vergiler ile ya da yeni sağlık sistemi modellerinin uygulanması ile kapatılmaya çalışılmaktadır.

Ülkemizde de benzer nedenlerle 2003 yılında “Sağlıkta Dönüşüm Projesi”(SDP) başlatılmış olup, hedeflerden biri olarak mali açıdan bütçedeki açık kapatılmaya ve sürdürülebilir bir sağlık mali yapısı oluşturulmaya çalışılmıştır. Bu projenin diğer önemli hedefi de sağlıkla ilgili göstergeleri iyileştirmek, vatandaşlarının sağlığa erişimini kolaylaştırmak ve vatandaşlarını kapsama alanını genişleterek vatandaşların sağlık alanındaki ihtiyaçlarına hizmet kalitesini yükselterek yanıt verebilmektir. Bunu sağlamak amacıyla TBMM de 2004 yılında Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Kanunu kabul edilip, uygulamaya konmuştur.

Bununla birlikte sağlık alanındaki ihtiyaca cevap verme durumunun ölçülebilmesi için üç farklı yöntem veya bunların bir kombinasyonu kullanılmaktadır:

1) Muayene için bekleme süreleri veya doktorun hastaya alternatif tedaviler önerip önermediği gibi sağlık hizmetlerinin çeşitli yönleri ile ilişkili hasta deneyimlerine ait göstergeler

2) Sağlık hizmetlerinin farklı yönlerinden kişisel olarak memnun kalındığına dair göstergeler

3) Sağlık hizmetleri ile ilişkili kişisel beklentilere ait göstergeler ( OECD Reviews Of Health Systems Turkey,2008,60-61).

Sağlık Bakanlığı, Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından yayımlanan ve Türk vatandaşlarının sağlık hizmetlerinden genel memnuniyet oranının SDP'nin başlatılmasından hemen önce 2003 yılında %39,5 iken; 2005'te %55,2'ye ve 2007 yılında %66,5'e yükseldiğini gösteren yaşam memnuniyeti anketi sonuçlarına dikkat çekmiştir (Akdağ, 2007a). Ayrıca birinci basamak hizmetlerine yönelik memnuniyet 2003 yılında % 39,4 iken 2006 yılında % 57,1'e yükselmiş, kamu hastanelerinin hizmetlerine yönelik memnuniyet de 2003 yılında %41 iken 2007 yılında%51,5'e yükselmiştir (Akdağ, 2008) (OECD ReviewsOf Health Systems Turkey,2008).

Sağlık hizmetlerinden genel memnuniyet oranı TÜİK tarafından 2023 yılında % 65.4 olarak ölçülmüştür. Burada dikkat edilmesi gereken nokta birinci basamak sağlık hizmetlerinde 2004 yılında Türkiye Büyük Millet Meclisi'nde (TBMM) Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Kanununun kabul edilmesi ve SDP ile birlikte birinci basamak sağlık hizmetlerinde ” aile hekimliği” uygulamasının başlamasıdır.

Bu çalışmada amaçlanan, birinci basamak sağlık hizmetleri sunumundan “Aile Hekimliğinde” hastalara verilen hizmetin kalitesinin Servqual Ölçeği kullanılarak ölçülmesi ve bunun sonucunda aile hekimliğinde hasta memnuniyetinin hizmet kalitesi boyutlarında durum tespitinin yapılarak, sağlık hizmetlerinin yeniden planlanmasında yol gösterici olabilmektir.

# **BİRİNCİ BÖLÜM**

## **BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ, HİZMET, HİZMET KALİTESİ ANLAM VE TANIMI**

### **1.1. SAĞLIK KAVRAMI ANLAM VE TANIMI**

Bireyin yaşamının ilk şartı onun sağlığıdır. Sağlık bireyin anne rahmine düşmesinden başlayıp ölüncüye kadar sahip olduğu temel evrensel bir hakdır (<https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin>).

Sağlığın birçok tanımı yapılmıştır; en basit tanımı hastalığın bulunmamasıdır. En bilineni ise Dünya Sağlık Örgütü (WHO) Anayasasında bulunan “yalnızca hastalık ve sakatlık durumunun olmayışı değil, aynı zamanda bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali” olarak tanımlayan tanımdır (WHO, june-1948,sayfa 100).

Yeğınboy,(1993:2) ise “sağlık tanımına çevre kavramını ekleyerek, sağlığı bireyin yalnızca hastalık ya da sakatlığının bulunmayışı değil, aynı zamanda bedensel, ruhsal, sosyal ve çevresel yönden tam bir uyum içinde huzur ve iyilik haliyle yaşantısını sürdürebilme durumu biçiminde tanımlamıştır.” Sağlık bireyin biyolojik, sosyolojik ve çevresel olarak hastalık ve sakatlık durumunun olmadığı iyilik halidir.

Sağlık nasıl kişiler için önemli ise, sağlık verileri de toplumlar için önemli bir gelişmişlik göstergesidir. Bu nedenle tanımın içinde geçen biyolojik (aşılama oranları, bebek ve anne ölüm hızları vb), sosyolojik (genç nüfus sayısı, yaşlı nüfus sayısı vb.) ve çevre (hava kirliliğinin azlığı, gürültü kirliliğinin azlığı, temiz su kullanımı vb. ) terimlerinin her birinin verileri ayrı ayrı önem arz etmektedir.

Toplumların sağlık gelişmişlik göstergelerini incelediğimizde, gelişmekte olan ve gelişmiş ülkeler arasında belirgin farklılıklar olduğu gibi ülkelerin kendi sınırları içindeki bölgeler ve bu ülkelerin içindeki toplumsal katmanları oluşturan sosyo - ekonomik grupların arasında da sağlık düzeyleri arasında farklılıklar vardır.

## 1.2. HİZMET KAVRAMI

Hizmet: iktisat terimleri sözlüğünde (2004), gereksinimleri karşılama ve üretildiği anda tüketilme özelliğine sahip her türlü etkinlik olarak tanımlanırken, Ana Britanica'da ise hizmet ekonomide elle tutulur maddi ürünler dışında her türlü yararlı çalışma ve etkinliğin üretildiği sektör olarak tanımlanmaktadır (Eleren, Bektaş ve Görmüş, 2007:76).

Son kırk yılda hizmetler sektörünün tüm dünyada önemi giderek artmaktadır. Öyle ki hizmet sektörlerinin büyüklüğü bir kalkınmışlık göstergesi olarak kabul edilmektedir. Bu nedenle hizmet ile ilgili çok sayıda çalışma vardır. Tüketiciler tarafından bir fayda ya da tatmin olarak algılanan hizmetin en bilinen tanımı, bir gruptan diğerine sunulan herhangi bir şeyin sahipliği ile sonuçlanmayan, bir faaliyet ya da faydadır. (Sayım, 2011:17-28).Uyguç'un anlatımından "genel olarak hizmet Collier'e göre (1990) "üretildiği yerde tüketilen bir iş veya eylem, bir performans, sosyal olay veya çaba" olarak tanımlanmaktadır" (Uyguç,1998,8). Amerikan Pazarlama Birliği'nin tanımına göre ise; bir malın satışına bağlı olmaksızın son tüketicilere ve işletmelere pazarlandığında istek ve ihtiyaç doygunluğu sağlayan ve bağımsız olarak tanımlanabilen eylemlerdir (Ersöz ve diğerleri,2009,19) . Kuriloff vd. (1993) göre ise hizmet" tüketici ihtiyaçlarının tatmin edilmesi amacıyla meydana getirilen maddi niteliği olmayan bir üründür."Goetsch ve Davis 'e (1998) göre" hizmet başka birisi için iş icra etmektir". Yine Mucuk(1994) a göre" tüketicilerin mülkiyetle ilişkisi olmaksızın satın aldıkları faydalardır". Gözlü (1995) hizmeti "zaman, yer, biçim ve psikolojik yararlar sağlayan ekonomik faaliyet olarak tanımlamaktadır. Hizmet, müşteri ile hizmeti sunan kişi veya kurumun karşılıklı olarak birbirini anlama ve iletişim kurmasını gerektiren sosyal bir faaliyettir. Tanımdan da anlaşılacağı gibi hizmetlerde çalışanların rolü ve davranışı çok önemlidir. Hizmet alacak kişi veya hasta, ilk kez karşısındaki ile iletişim kuracak, çalışanın dış görünüşünden, tutum ve davranışından, konuşmasından, samimiyetinden, alacağı hizmetle ilgili ilk izlenimini algılayacaktır. Algılama etkileşimin sonucudur. Birinci basamak sağlık hizmetleri hasta ile temasın ilk sağlandığı yer olması sebebiyle çalışanların işlerini severek yapıyor olması, çalıştığı ortamın fiziki şartlarının uygunluğu, aldığı ücretten memnun olması, bulunduğu

yerde birimler arası güzel bir iletişim olması çalışanın motivasyonunu artırıcı öneme sahiptir. Bu önem, kısmen müşterinin hizmet üretiminin içinde olmasından ve müşteri ile hizmet personeli arasındaki yüksek derecedeki etkileşimden kaynaklanmaktadır (Devebakan, 2005,7). Genel bir ifadeyle hizmet, insanların gereksinimlerini gidererek insanlara yarar ve doyum sağlayan soyut faaliyetler bütünüdür (Gümüş, Korkmaz, 2014: 10).

### 1.2.1. Hizmetin Özellikleri

Hizmet soyut bir kavramdır. Soyut oldukları için tüketiciler tarafından bir fayda ya da tatmin olarak algılanan hizmetin en bilinen tanımı bir gruptan diğerine sunulan herhangi bir şeyin sahipliği ile sonuçlanmayan, bir faaliyet ya da faydadır. Assael'e göre (1992) hizmetin herhangi bir şekilde envanteri tutulamamakta, saklanamamakta, standartlaştırılmamakta, üreticiden tüketiciye direkt geçmekte ve görsellik, nesnellik ve mülkiyet ilişkisi bulunmamaktadır. Çünkü hizmetin kendine özgü bir takım özellikleri bulunmaktadır. Bunlarda hizmeti mallardan ayırmamızı sağlar. Hizmeti mallardan ayıran bu özellikler:

- Hizmetler soyuttur. Yani elle tutulamayan, gözle görülemeyen, hissedilemeyen etkinliklerdir. Fiziksel olarak sahip olunamazlar. Hizmetten sağlanan yarar deneyime dayalıdır. Sağlık hizmeti tüketicilerinin tecrübeleri hizmeti algılamalarını doğrudan etkilemektedir. Sağlık hizmeti tüketicisi mevcut hizmeti aldığı anda daha önce aldığı benzer hizmetlerle karşılaştıracak ve karar verecektir. Müşteri hizmetin değerini ve niteliğini ancak satın alma sürecinde veya hizmetin tüketilmesi sırasında ya da satın aldıktan sonra değerlendirebilir (Zeithaml,1981:186). Bu temel özellik aşağıdaki sorunlara yol açmaktadır.

i) Hizmetleri depolama olanağı yoktur. Hizmetlerin önceden kitlesel üretilmemesi ve depolanamaz olmasının sonucu olarak dünyanın bütünü etkileyen COVID 19 pandemisinde yaşanıldığı gibi bir anda sağlık kuruluşlarına talebin artmasıyla ülkelerin sağlık sistemleri sorunlarla karşılaşmışlardır.

ii) Hizmetler patent aracılığı ile korunamaz.

iii) Hizmetler mallar gibi teşhir edilemez, tanıtılamaz.

iiii) Hizmetlerin fiyatlandırılması oldukça zordur (Uyguç,1998:12-14).

- Hizmetler heterojeniktir. Mallarda üretimde bir standart sağlanmasına karşın, bir hizmetin kalitesi ve içeriği, aynı hizmeti veren kişiden kişiye, müşteriden müşteriye ve hatta günden güne değişebilir. Bir kişinin ürettiği hizmet bile birbirinden farklı olabilir (Uyguç ,1998:13). Örneğin poliklinik yapan bir doktorun veya aşılama hizmeti sunan bir sağlık çalışanın bir önceki hasta veya hasta yakını ile olan karşılıklı etkileşiminden dolayı bir sonraki hastaya karşı ürettiği hizmet arasında farklılık olması gibi.

Sonuçta hizmetin başarısı hizmeti satın alanla hizmeti sunan arasındaki etkileşimin türü ve gücüne bağlı olarak değişiklikler göstermektedir (Palmer,1997:5).

- Mallar önce üretilip, depolanıp aktarılabilir ve sonra satılabilirken hizmetler eş zamanlıdır, hizmetin üretimi ve tüketimi aynı anda olmaktadır. Hizmeti sunan ve müşteri /hasta süreç boyunca etkileşim halindedir. Müşteri/hasta sadece hizmet üretimini görmekle kalmaz aynı zamanda üretim sürecine katılır. Yani hizmet aynı zamanda bir süreci ifade eder.

- Hizmetler dayanıksızdır. Hemen sunulduğunda kullanılmazsa hizmetler boşa gider. Önceden çok sayıda üretilemez ve saklanamaz. Boş kalan uçak koltukları, hastanın gelmemesi nedeniyle kullanılmayan doktor randevusu depolanamayan hizmet özelliklerine örnek verilebilir (Devebakan,2005:8). Bunun için boş kalan uçak veya araba koltukları ya da iş görenlerin atıl kalmaları nedeni ile ortaya çıkan ekonomik kayıplar sonradan giderilemez. (Cemalcılar,1979:5; Aktaran:Uyguç,1998:13).

Murdick, Render ve Russel'a göre ise (1990:27-28) hizmetin özellikleri aşağıda sıralanmıştır:

Hizmetler soyuttur ve satın alanlar için fayda sağlarlar.

- Hizmetlerin üretim sürecine müşteri de bir paydaş olarak katılır.
- Hizmetler değişken, standart olmayan fayda sağlarlar.
- Hizmet işlemi boyunca üretici ile müşteri arasında yoğun bir iletişim vardır.
- Hizmetler depolanamaz, üretildikleri anda tüketilirler.
- Fiyatlandırma opsiyonları daha detaylıdır.
- Hizmet kalitesinin ölçülmesi subjektiftir.
- Hizmet üretimi emek yoğunudur.

- Hizmetler için kitle üretimi yapılamaz.
- Kalite kontrolü temel olarak süreç kontrolü ile sınırlıdır.
- Hizmetin üretimi ve tüketimi aynı anda gerçekleşir.
- Hizmetler patent vasıtasıyla korunamaz.

Birinci basamak sağlık hizmetleri insandan insana yapılan etkileşimli hizmetler olup ülkemizde birinci basamak sağlık hizmetlerinde uygulanan aile hekimliği sunum modelinde de yukarıda sayılan belirleyici özelliklerin tamamı vardır. Bu nedenle sağlık hizmetlerinde ve aile sağlığı merkezlerinde hizmetin kalitesini ölçmek iş görenler açısından son derece önemlidir. Sağlık işletmeleri nereye, ne şekilde yatırım yapacağına buna bakarak karar verebilir (Okumuş ve Asil,2007:9).

### **1.3. SAĞLIK HİZMETLERİ**

WHO, sağlık ve sağlık hizmet standartlarını yükseltmek ve söz konusu farklılıkları en aza indirmek, sağlığın korunması, geliştirilmesi ve yaygınlaştırılmasında ortak hareketi belirlemek amacıyla bireyler ve devletlerarasında tam bir işbirliğini öngörmektedir. Bu amaçla 1978 yılında yayımlanan Alma Ata Bildirgesi'nde "herkese sağlık" hedefiyle temel sağlık hizmetlerinin önceliği vurgulanmıştır. Temel sağlık hizmetleri; bildirgenin 6. maddesinde "toplum içindeki faydaları, ailelere ve bireylere evrensel olarak sunulmuş ve pratik, bilimsel olarak uygun ve sosyal yönden yeterli metot ve teknoloji üzerine kurulmuş kilit sağlık hizmetleri" olarak tanımlanmıştır. Tüm hükümetler temel sağlığı başlatmak ve yürütmek için gerekli ulusal politika, strateji ve planlarını yapmaya, bu amaç doğrultusunda da iç ve dış kaynaklardan yeterince yararlanmaya çalışmışlardır. Sağlık hizmetleri ile ilgili olan Ljulbjana bildirgesinde ise şu temel ilkeler üzerinde durulmuştur:

- Sağlık reformları insan onuru, hakkaniyet, dayanışma ve meslek ahlakı kurallarına dayandırılmalıdır.
- Her önemli sağlık reformu, sağlığın kazanılması konusunda kesin hedeflerle ilişkilendirilmelidir. Sağlığın iyileştirilmesi ve korunması tüm toplumun temel ilgi alanı olmalıdır.

- Her sağlık reformu maliyet – etkinliği dahil olmak üzere sunulan sağlık hizmetlerinde kalitenin sürekli geliştirilmesini amaçlamalı ve bunun için kesin bir stratejiyi içermelidir.

- Reformlar, felsefeleri birinci basamak sağlık hizmetleri olarak her düzeyde sağlık hizmetlerini iyileştirmeyi ve sağlığı korumayı, hayat kalitesini iyileştirmeyi, hastalıkları önlemeyi ve tedavi etmeyi, hastaların rehabilitasyonunu ve acı çeken ve ölümcül hastalara bakılmasını temin etmelidir. Reformlar, sağlık hizmeti sunan ile hasta arasında ortak karar verme mekanizmasının kuvvetlendirilmesini ve hizmetin kapsamlı ve sürekli bir şekilde kendilerine özgü kültürel çevreleri içerisinde verilmesini sağlamalıdır.

- Sağlık sistemlerinin finansmanı, sağlık hizmetlerinin tüm vatandaşlara erişecek bir şekilde sunulmasına olanak vermelidir. Bu, herkesin gerekli olan sağlık hizmetlerine tüm nüfusu kapsayan bir şekilde ve hakkaniyet esasında erişebilmesini gerektirir. Bu da, beraberinde sağlık kaynaklarının etkili kullanımını gerektirir. Dayanışmayı sağlamak için hükümetler sağlık hizmeti sistemlerinin finansmanının düzenlenmesinde önemli bir rol üstlenmelidir.

- Sağlık reformları, demokratik süreç içinde vatandaşların sağlık ve sağlık hizmetlerinden beklentilerini hesaba katarak, ihtiyaçlarını göz önünde tutmalıdır. Bu düzenlemeler, planlanan ve yürütölen sağlık hizmetlerine, vatandaşları sesinin ve tercihinin kesin olarak yön vermesini sağlamalıdır. Vatandaşlar ayrıca kendi sağlıkları için sorumlulukları paylaşmalıdırlar (Aktan ve Işık :1-9).

Pek çok kimse sağlık hizmeti deyince sadece hasta tedavi hizmetini anlar. Hekimliğin amacı insana sağlıklı ve uzun bir yaşam sağlamaktır. Sadece hastaları tedavi değildir. Günümüzde sağlık alanında verilen hizmetler hastalıkların teşhisi, tedavisi ve rehabilitasyonu yanında, hastalıkların oluşmadan önlenmesi ve toplum ve bireyin sağlık düzeyinin geliştirilmesi için yapılan faaliyetlerin bütünü anlamına gelmektedir (Kavuncubaşı, 2000). Sargutan (2005) ise sağlık hizmetlerini, “sağlık” çıktısını / ürününü / hizmetini / sonucunu oluşturan tüm kişi, kuruluş, ürün ve hizmetlerin tedbir, tarama, teşhis, tedavi, tedavi sonrası gibi, ortak sağlık hizmeti üretimleri görünümündedir” şeklinde tanımlamıştır.

Sağlık hizmetleri özel veya kamu sağlık kurumları tarafından kişisel veya kurumsal sunulan hizmetlerdir. Sağlık hizmetleri, sağlığı korumak ve geliştirmek;

hastalıkların oluşumunu önlemek; hastalananlara olanakların elverdiği en erken dönemde tanı koyarak tedavi etmek; sakatlıkları önlemek; sakatlananlara tıbbi ve sosyal esenlendirici hizmet sunmak ve insanların nitelikli, mutlu ve uzun bir yaşam sürmesini sağlamak için sunulan hizmetlerin tümüdür (Tengilimoğlu,2003:4). Hizmet sunumun çeşidine göre sınıflandırılması mümkün olmaktadır.

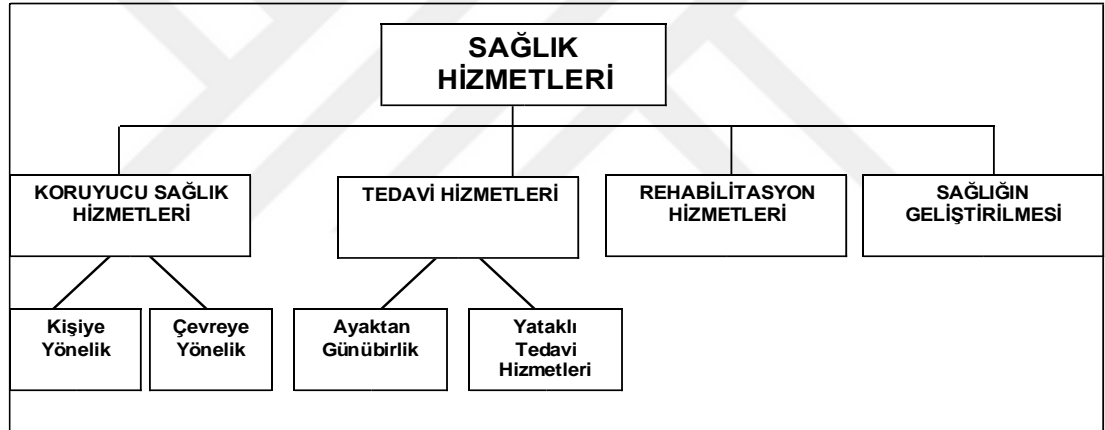
Sağlık hizmetlerini temelde, koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi hizmetleri, rehabilitasyon hizmetleri ve sağlığın geliştirilmesi olarak dört grupta inceleyebilmekteyiz. Koruyucu sağlık hizmetleri, bireyde ya da çevrede bir hastalık oluşmadan önce alınacak önlemler için yapılacak hizmetleri kapsamaktadır. Koruyucu sağlık hizmetlerini kişilere yönelik ve çevreye yönelik olarak ele almak mümkündür. Kişilere yönelik koruyucu sağlık hizmetleri, Bağışıklama, beslenmeyi düzenleme, ilaçla koruma ,ana çocuk sağlığı ve aile planlaması, kişisel hijyen gibi konular bu grupta ele alınabilmektedir. Çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ise kişilerin içinde buldukları çevreden etkilenerek oluşabilecek bir hastalığı önlemek için sunulmaktadır. Su sanitasyonunun sağlanması, katı atıkların denetimi, zararlı canlılarla mücadele, hava ve gürültü kirliliğini önleme gibi konular çevreye yönelik koruyucu hizmetlere örnek olarak verilebilmektedir. Koruyucu hekimlik, tedavi edici hizmetlere göre hem daha ucuz hem daha etkin hem de daha da insancıldır. Koruyucu hekimlik hizmetleri hastalıklardan koruma yanında erken tanı ve tedavi (ikincil koruma) ve hastalığın nüksü ve komplikasyonlarından korumayı (üçüncül koruma) da kapsar (Dirican,1997). Tedavi edici sağlık hizmetleri ise sağlık durumu bozulmuş insanları eski sağlığına kavuşturmak için ortaya konulan çalışmaların tümünü kapsayan hizmetlerdir. Tedavi hizmetleri üç basamaklı bir örgüt tarafından yürütülür. Bunlardan ilki Birinci Basamak (ayakta ve evde tedavi) hizmetidir. Bu basamak hastanın sağlık hizmetleri ile “ilk temas” ettiği yani hizmet karşılaşmasının ilk olduğu yerdir. Bu basamakta hekimler, kişilerin yerleşme yerlerine kolayca erişebilecekleri şekilde yayılmış olmalıdır. Tedavi edici hizmetler doktor sorumluluğunda diğer yardımcı personelin ( hemşire, ebe, sağlık memuru) katkılarıyla gerçekleştirilir. Bu uygulama hastanelerde hasta yığılmasını önleyerek hastanelerde hizmet kalitesini yükseltir. İkinci basamak tedavi hizmetleri, yoğun tıbbi bilgi ve teknoloji gerektirmeyen hastalıkların tedavisini, üçüncü basamak tedavi hizmetleri ise, üniversite veya eğitim ve araştırma hastaneleri tarafından verilen

yoğun bilgi ve teknoloji gerektiren kalp cerrahisi, beyin cerrahisi vb. gibi yüksek teknolojinin gerektiği uygulamaların yapıldığı kurumlardır.

Rehabilitasyon (kaybedilen iş gücünü kazandırma) hizmetleri, hastalık ve kazalara bağlı olarak gelişen kalıcı bozuklukların ve sakatlıkların hastanın günlük hayatını etkilemesini engellemek veya bu etkiyi en aza indirmek, yaşam kalitesini arttırmak bedensel ve ruhsal yönden başkalarına bağımlı olmadan yaşamalarını sağlamak amacıyla sunulan sağlık hizmetleridir.

Tengilimoğlu'na göre (2003) sağlığın geliştirilmesine yönelik hizmetler ise sağlıklı kişilerin sağlık durumlarını daha üst düzeye yükseltmek için sağlanan hizmetlerdir.

**Şekil 1:** Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması



Kaynak: Kavuncubaşı (2000:292 )

Sağlık hizmetlerinin herkese eşit ve etkili bir şekilde ulaşabilmesi için ülkemizde atılması gereken en önemli adımlardan birisi sağlık hizmetinin olması gereken basamakta verilmesidir. Ülkemizde birinci basamak sağlık hizmetleri fiilen ikinci basamakta verildiğinden eşitlikten, verimlilikten ve kaliteden söz etmek mümkün değildir (TC.Sağlık Bakanlığı,2004:5). Ülkemizde sağlıkta dönüşüm projesi kapsamında birinci basamakta “aile hekimliği” başlatılmış ve ikinci basamağa olan yığılmanın önüne geçilmeye çalışılmaktadır.

### 1.3.1. Aile Hekimliği

Bireylere ve ailelere s¼rekli ve çok y¼nl¼ sağlık hizmeti veren, klinik bilimler ve davranış bilimleri ile i içe bir faaliyet g¼steren, t¼m yaş gruplarını, her iki cinsiyeti, t¼m sistemleri ve hastalıkları içine alan uzmanlık alanı “aile hekimliği”dir (Bilgel, Tunç, 2006:1-3) . Ülkemizde 24 Kasım 2004 de kabul edilen 5258 sayılı Aile Hekimliği Kanununun 2. Maddesine g¼re; Aile hekimi; kişiye y¼nelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini yaş, cinsiyet ve hastalık ayırımı yapmaksızın her kişiye kapsamlı ve devamlı olarak belli bir mekânda vermekle y¼k¼ml¼, gerektiği ol¼de gezici sağlık hizmeti veren ve tam g¼n esasına g¼re çalışan aile hekimliği uzmanı veya Sağlık Bakanlığının ¼ng¼rd¼đ¼ eğitimi alan uzman tabip veya tabiptir. Aile sağlığı elemanı; aile hekimi ile birlikte hizmet veren hemşire, ebe, sağlık memuru gibi sağlık elemanıdır (<https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?>).

Aile Hekimliği Kanununun 8. maddesine dayanarak 25 Ocak 2013 tarihli resmi gazetenin 28539 nolu sayısında Aile hekimliği Uygulama y¼netmeliđi yayınlanmış ve bu y¼netmelikle Aile hekimliği birimi: Bir aile hekimi ile en az bir aile sağlığı elemanından oluşan yapı, Aile sağlığı merkezi: Bir veya birden fazla aile hekimi ile aile sağlığı elemanlarınca aile hekimliği hizmetinin verildiği sağlık kuruluşu olarak tanımlanmıştır ( <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?>).

Aile hekimliği uzmanları, evde, muayenehanede, birinci basamak kuruluşlarda kliniklerde veya hastanelerde g¼rev yapabilirler. Ancak maliyet-etkinlik açısından en ¼nemli g¼rev yerleri birinci basamak sağlık hizmeti olan, koruyucu hekimlik ve tedavi edici hekimliği bir arada sunan kişilerdir.

Ülkemizde aile hekimliği uygulamaları birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumu için bir model olarak kullanılmaktadır.. İngiltere ve Almanya gibi ülkelerde de birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda aynı şekilde aile hekimliği modeli kullanılmaktadır. Aile hekimliği sadece birinci basamağa ¼zg¼ bir hizmet sunum modeli değildir. Farklı hizmet sunum modelleri içinde aile hekimliği uygulamalarının yeri olabilir. İkinci basamak olarak adlandırılan hastanelerde aile hekimlerinin çalışması gibi.

Aile hekimliği hizmet sunumu beraberinde sağlık hizmetlerinin finansmanı sorununu gündeme getirmiştir.

Dünyadaki sağlık finansman yöntemlerine baktığımızda:

Birinci olarak, vatandaşlık bağı ile hak kazanılan, finansmanın vergilerle sağlandığı ve İngiltere, Kanada, İsveç gibi ülkelerde uygulanan Beveridge sistemini;

ikinci olarak, Fransa, Almanya, Japonya, Avustralya ve Hollanda gibi kayıtlı istihdamın yaygın olduğu ülkelerde zorunlu ve primlerle işleyen Bismarck modeli diye de bilinen sosyal sağlık sigortacılığı sistemini;

üçüncü olarak da, en geniş anlamda ABD’de uygulanan, ödeme gücü olan bireylerin primleriyle hak kazandıkları özel sağlık sigortacılığı sistemini görmekteyiz (Özsarı, 2006:17).

Ülkemizde Sağlıkta dönüşüm programında, “Herkesi tek çatı altında toplayan Genel Sağlık Sigortasının (GSS) kurulması” politika hedeflerinden biri olarak belirtilmiştir. Buna göre, “hakkaniyet amacı doğrultusunda, vatandaşların ödeme gücü ile orantılı olarak katkıda bulunacakları ve hizmetleri ihtiyaçları ölçüsünde kullanacakları bir sigorta modeli oluşturulmuştur. Aile Hekimliği de GSS nin ana unsurlarındandır.

Bir ülkede sağlık hizmetleri finansman stratejisini belirlerken göz önüne alınması gereken kriterler aşağıdaki gibi özetlenebilir.

### **1.3.1.1. Sosyo-Ekonomik Gelişmişlik Düzeyi**

Bir ülkenin kaynaklarını harekete geçirebilme gücü, kişi başına düşen milli geliri ile doğru orantılıdır. Ailelerin toplam gelir düzeyi, hane halklarının sağlık hizmetlerini ödeme kapasitesinin önemli bir belirleyicisi olduğu gibi, vergi tabanının, kayıtlı ekonomide çalışan işgücü miktarının ve desteklenmesi gereken yoksul miktarının da önemli bir belirleyicisidir. Kayıtlı ekonomide çalışan işgücü miktarı, ülkenin sosyal sigorta sistemi için prim toplama kapasitesinin belirleyenlerinden olduğu için önemlidir.

### 1.3.1.2. Mali Kapasite

Ülkenin hedeflenen sağlık harcaması düzeyine ulaşabilmesi için kaynaklarını harekete geçirme kapasitesi, finansman stratejisini belirlemede etkili bir öge olarak karşımıza çıkmaktadır. Finansman stratejisini belirlerken sorgulanması gereken en önemli nokta, bu stratejinin sürdürülebilirliğidir. Örneğin, istihdamın önemli

ölçüde kayıt dışı olduğu ya da prim toplamanın güç olduğu ülkelerde sağlık hizmetlerinin finansmanın sosyal sigortadan karşılanması sürdürülebilirliğine ilişkin birçok şüpheyi de beraberinde getirecektir. Aynı şekilde, ülkenin vergi toplama kapasitesi ve vergi yapısı vergiye dayalı bir sistemde genel gelirleri artırmanın da önemli bir belirleyicisidir. Sağlık hizmetlerinin finansmanında en önemli iki eylem, kaynakların yaratılması ve yaratılan kaynakların harcanmasıdır.

- Verimlilik:

Seçilen finansman yönteminin gerektirdiği yönetsel maliyet ile elde edilen toplam gelir arasındaki ilişkinin mutlaka kurulması gereklidir.

- Hakkaniyet:

Ödeme yükünü toplumun hangi kesiminin üstlendiği, finansman yöntemine karar verirken göz önüne alınması gereken önemli kriterlerdendir.

- Talep/Kullanım ve Tüketici Davranışları:

Farklı finansman yöntemlerinin kullanılan hizmetlerin türü ve düzeyi üzerinde farklı etkileri söz konusudur. Bazı yöntemler hizmet sunucularını daha çok hizmet vermeye yönlendirirken, diğerleri toplumun sağlık hizmeti talebinin/kullanımının artmasına yol açabilir. Daha önce sosyal sigorta kapsamında olmayan bireylerin sağlık hizmetlerini kullanımı, güvence kapsamına alındıktan sonra artma eğilimindedir. Bu nedenle birçok sosyal güvenlik sisteminde “gereksiz kullanımı” engellemek amacıyla kullanıcı katkıları söz konusudur.

### 1.3.1.3. Arz/Hizmet Sunumu ve Hizmet Sunucusu Davranışları:

Finansman yönteminin, hizmet sunucusunun davranışları üzerinde doğrudan etkisi söz konusudur. Özellikle hizmet sunucusunun sağladığı hizmetlere ilişkin geri ödeme yöntemleri, hizmet sunucusunu daha az/fazla hizmet sunmaya yönlendirebilir.

Bu yönde yapılan araştırmalar, sosyal güvence kapsamındaki bireyler için hizmet sunucularının daha serbest davrandıklarını, hizmet başı ödeme yönteminde doktorların gereksiz sağlık hizmetlerini daha çok sunma eğilimi içinde olduklarını ortaya koymuştur (Tatar,2006:5-6).

## 1.4. KALİTE TANIMI VE SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE OLGUSU

### 1.4.1. Kalitenin Tanımı

Kalite bir yaşam biçimidir. İnsanlar aldıkları hizmetin her zaman en iyi ve en mükemmel hizmet olmasını isterler. Kalite üzerine çalışan bilim insanları kalite tanımını farklı biçimlerde yapmış olsalar da hepsinin ortak noktası “*uygunluktur*”. Deming’e göre kalite, değişmezliğin ve güvenilirliğin düşük maliyet ile pazarın ihtiyaçlarını karşılayabilecek şekilde tahmin edilmesidir. Juran’a (1988) göre ise kalitenin birden fazla anlamı vardır. Birincisi ürün tatmini sağlamak amacı ile bir ürünün müşteri gereksinimlerine uyum koşullarını tanımlayan özelliklerdir. İkinci anlamı olarak “kalite kusur barındırmamaktır” (Peşkircioğlu,1997:14). Kalitenin diğer bir tanımını da Crosby “gerekliliklere uygunluk” olarak yapmıştır. Avrupa Kalite Kontrol Örgütü (EOQC) ile Amerikan Kalite Kontrol Derneğince benimsenen kalite tanımı şu şekildedir: “Kalite, bir ürün ya da hizmetin, belirlenmiş bazı ihtiyaçları karşılamadaki yeterliliğine ilişkin özelliklerinin tümüdür.” Kaliteyi daha iyi anlamak için ilgili bazı kavram ve sözcükleri bilmek gerekir. Bunlarla ilgili açıklamalar aşağıda verilmiştir.

- Ürün: Bir sürecin çıktısıdır. Mal veya hizmet şeklinde olabilir.
- Ürün özelliği: Bir ürünün müşterinin isteklerine uyum sağlaması için sahip olması gereken özelliklerdir.
- Müşteri: Bir sürecin çıktısı olan ürünü kullanan ya da ondan etkilenen kişi, kuruluş, organizasyonel birim ya da fonksiyon müşteri olarak tanımlanır. Bu tanıma göre iki tip müşteri vardır.

*İçsel Müşteri:* Bir işletme organizasyonu içinde birimler, bölümler, fonksiyonlar ve kişiler birbiri ile tedarikçi-müşteri ilişkisi içindedirler. Örneğin bir

hastanenin poliklinik hizmetleri veren birimi ,hasta kayıtlarının tutulduğu birimin müşterisidir.

*Dışsal Müşteri:* Bir işletme organizasyonunun ürettiği mal ve hizmetleri kullanan, satın alan ve onlardan etkilenen dışsal kurum,kişi ve organizasyonlar dışsal müşteriler olarak adlandırılır.Genel sağlık kontrolü için hastaneye başvuran kişi/hasta da bu hastanenin müşterisidir.

- Müşteri istekleri: İçsel ya da dışsal olsun bütün müşterilerin karşılanmasını beledikleri istekleri ve bu istekleri ile ilişkili ürün özellikleri vardır. Bir hastanın hastanenin temiz ve bakımlı olmasını istemesi dışsal müşteri isteğine bir örnektir.

- Ürün Tatmini: Müşterinin gereksinimlerini karşılayabilen ürün özelliklerine sahip ürünlerin yarattığı tatmin ürün tatmini olarak adlandırılır.

- Standartlara ve Spesifikasyonlara uygunluk: Standart, işletme ortamında her alanda önceden belirlenmiş olan kurallardır. Spesifikasyon ise, bir işin doğru bir şekilde yapımına ilişkin bilgileri gerekli ölçütlerle tanımlayan ayrıntılı bir talimat ya da bir kurallar bütünüdür.

- Ürün kusuru: Bir ürün için kusursuzluk, müşterinin tatmin olma derecesi ile yakından ilişkilidir. Saatinde verilmeyen tahlil sonuçları, bir süpermarkette teşhir raflarının düzensizliğini buna örnek olarak verebiliriz.

- Ürün Tatminsizliği: Kusurlu ürün sonucu tatmin olmamış müşteridir. Bir kuruluşun dışsal müşterileri bu tatminsizliklerini şikayet ve geri iade şeklinde dile getirebilirler. Ürün tatminsizliği içsel müşteriler içinde geçerlidir.Onlarda şikayetlerini çeşitli şekillerde dile getirebilirler.(iş yavaşlatma ,greve çıkma vb.) Bunun sonucunda verimliliğin düşmesi,maliyetlerin artması,satışların düşmesi ve kuruluş imajının zedelenmesi sonuçları ile karşı karşıya gelinecektir (Peşkircioğlu,1997:14-15) .

Yukarıdaki kavramlar ve kalitenin tanımları göz önünde bulundurularak, kalite, bir ürün ve/veya hizmetin belirlenen veya olabilecek gereksinimleri karşılama yetisine dayanan özelliklerin toplamıdır şeklinde ele alınabilmektedir (Doğan ve Tütüncü, 2003:28-29). Özetlenecek olursa kalitenin özü, bir işi ilk seferinde doğru şekilde yapmak ve her zaman talep eden müşterilerin beklentilerini tatmin etmek ve bunu şirket veya kurumda çalışan herkesin katılımıyla gerçekleştirmektir.

### 1.4.2. Sağlık Hizmetlerinde Kalite

Sağlık hizmetlerinin sunumunda en temel etmen insan faktörüdür. İnsanın olduğu yerde hata olabilir. İnsan kusursuz bir makine değildir. İnsanın psikolojisi, duygu durumu, eğitim düzeyi, yetiştiği kültür, ekonomik durumu, işinden tatmin olma seviyesi de çalışma hayatını etkiler. Çalışan aynı zamanda kendi kurumunun da bir iç müşterisidir. Birey her gün çalıştığı ortamda diğer birimlerle etkileşim içindedir. Ve birbirlerinden talepleri vardır. Özellikle sağlık alanında çalışanlar genelde talep eden ve talep ettiği hizmet hakkında neredeyse hiç bilgisi olmayan dış müşteri (hasta) ler ile daha çok temas halindedirler. Günümüzde teknolojinin gelişimi, hasta haklarına verilen önem , bireylerin daha iyi sağlık hizmeti talepleri ve sonuç odaklılık nedeniyle , sağlık çalışanları daha çok şikayet edilmektedir. Çünkü hastalar sonuç odaklıdır. En iyi hizmeti en hatasız şekilde almak isterler.

Bütün bu olumsuz davranışlara karşın sağlık çalışanları toplumun ihtiyacı olan farklı sağlık hizmetlerini -koruyucu hekimlik, tanı ve tedavi hizmetlerini, rehabilitasyon ve bakım hizmetlerini -hastaların istediği en iyi kalitede ve sağlık hizmetini mümkün olan en az maliyetle ve istenen zamanda, uygun sürede ve kesintisiz olarak sunmaktadır.

Günümüzde sağlık hizmetleri değişim ve gelişim göstermektedir. Ayrıca toplum ihtiyaçları, beklentiler, teknolojik değişimler gibi birçok faktör sağlık kurumlarını ve bu kurumlarda sunulan hizmeti etkilemektedir. Sağlık hizmet kalitesinin artması için, örgüt içi iletişimin açık bir şekilde sağlanarak, çalışanların problemlerinin, istek ve ihtiyaçlarının tespit edilmesi ve bunları gidermek için gerekli önlemlerin alınması gerekir. Dış müşterilerin (hastalar) tatmin düzeyi, iç müşterilerin (çalışanlar) tatmin düzeyi ile doğru orantılı bir şekilde oluştuğuna göre örgüt yöneticilerinin öncelikle çalışanların görev ve sorumluluklarını yerine getirirken çalışma koşullarını kolaylaştırıcı ve tatmin düzeylerini artırmaya yönelik uygun bir örgüt kültürü oluşturmaları gerekmektedir (Demirel,2007:2-4).

Toplumların ve içinde bulunduğumuz çevredeki değişim eğilimleri sağlık hizmetlerine de yansımaktadır. Kanji ve SA (2003) sağlık hizmetlerinin gösterdiği eğilimleri aşağıdaki gibi sıralamıştır:

- Maliyetlerin yükselmesi ve finansal baskılar,

- Nüfusun yaşlanması,
- Tıbbi alanlarda gerçekleştirilen buluşlar,
- Yaşam ve eğitim standartlarının yükselmesi ve hastaların yüksek beklentileri,
- Satıcı odaklı kültürden alıcı odaklı kültüre geçiş olması,
- Rekabetin artması ve sağlık hizmetleri sunumunda alternatif mekanizmaların ortaya çıkması,
- Hükümetler tarafından yapılan düzenlemeler ve bu düzenlemelerin kamu ve özel gruplar tarafından izlenmesi,
- Bilgiye ulaşılabilirliğin artması,
- Sağlık hizmetleri profesyonellerinin işe alımı ve işte tutundurulmasında karşılaşılan zorluklar.

Listelenen bu baskı ve eğilimler, sağlık hizmeti sunan kişi ve kurumların daha fazla hasta odaklı olmalarına, maliyetleri kontrol etmelerine, kaynakları etkili ve verimli bir şekilde geliştirmelerine ihtiyaç duyulmaktadır (Kanji ve SA, 2003). Bu ihtiyaçlar zaten kalitenin temelinde yatan konular olduğundan kaliteli hizmet sunma bilincini taşıyan kurumlar bu eğilimlerden oldukça az etkilenebileceklerdir.

Sağlık kurumlarının kendine özgü özellikleri, değişen dünyada gösterdikleri eğilimler ve insan hayatı ile doğrudan ilişkili olmaları nedeniyle kaliteli hizmet sunumunun kaçınılmaz şekilde gerçekleşmesi gereken kurumlardır. Bir sağlık kurumunda çalışan idari, teknik ve tıbbi personelin yeterlilik ve eğitimleri, benimsedikleri örgüt kültürü, davranış ve tutumları, kurumun alt yapı koşulları, kullanılan ekipman, araç-gereç, malzeme vb. bir çok farklı yapıdaki faktör kişilere verilen sağlık hizmetinin kalitesini belirlemektedir.

Sağlık hizmetlerinde yüksek düzeyde kaliteli sağlık hizmeti sunarken aynı zamanda, iyi sonuçların alınması, iyi bir çevrenin oluşturulması, olumsuz koşulları azaltan süreçlerin sağlanması, kaynaklardan doğru bir şekilde faydalanılması ve hasta beklentilerinin zamanında karşılanması gerekmektedir (Dlogacz, 2004: 30).

Sağlık hizmetleri, sağlık hizmetlerinin özellikleri ve eğilimlerini açıkladıktan sonra kalite kavramını açıklamamız mümkün olabilmektedir. Öncelikle, Roemer ve Montoya-Aguilar (1988) sağlık hizmetlerinde kalite kavramını “kullanılan kaynakların ve yapılan faaliyetlerin spesifik bir göstergesi” olarak tanımlamaktadır.

Amerika Sağlık Örgütleri Akreditasyon Komitesinin tanımına göre ise “Günün bilgileri ışığında verilen bakımın, hastalardan istenen sonuçların alınmasını artırma ve muhtemel istenmeyen sonuçları azaltma derecesidir.

Sağlık hizmetlerinde kalite kavramı; kullanılan kaynakların ve yapılan faaliyetlerin spesifik bir göstergesi şeklinde tanımlanabilmektedir. Kaliteli bir sağlık hizmetinden söz edebilmek için gereken kaynakların verimli bir şekilde dağıtılması ve kullanılması, hizmetin etkili bir şekilde verilmesi, gerek kaynak dağıtımında gerekse hedef kitlenin hizmetlere ulaşımında hakkaniyete özen gösterilmesi ve hizmet sunumu sırasında ve sonrasında hizmeti kullananların memnuniyetlerinin sağlanması gerekmektedir (Hayran ve Sur, 1997, 1997; 121).

Sağlık hizmetlerinde kalitenin diğer bir tanımlaması da; dış müşteri olarak adlandırabileceğimiz hastaların ihtiyaçlarının öneminin kavranarak, sürekli ve istikrarlı bir şekilde giderilmesidir. Doğru teşhis, tedavi, hızlı hizmet ve güler yüzlü olmak, temiz ve hijyenik ortam, uygun fiyat vb. hastanın mutluluğuna dönük faaliyetler bütünü, sağlıkta kalitenin birer unsurudur (Morgil ve Küçükçirkin, 1995: 30-33). Kısaca sağlık hizmetlerinde kalite çalışan-hasta etkileşiminin sonucudur. Bu etkileşimin iyi sonuç vermesi için sağlık çalışanları alanlarıyla ilgili bilgilerinin yanına kişilerle iletişim kurma becerisini de eklemeli ve bu konuyla ilgili okudukları eğitim kurumlarında eğitim almalıdırlar..

Donabedian’ a (1988) göre ise, sağlık konusunda kalite, tamamen açıklanması güç belki de imkânsız olan bir kavramdır. Ancak, Donabedian, sağlık hizmetlerinin yedi özelliğinin kaliteyi belirlediğini ileri sürmektedir. Bu özellikler:

- Etkenlik; sağlık durumunu yükseltebilecek en iyi bakımı sağlayabilme becerisi,
- Etkililik; sağlık durumunda sağlanabilir iyileştirmeyi gerçekleştirebilme derecesi,
- Verimlilik; sağlıkta ulaşılabilir ilerlemeleri azaltmaksızın bakımın maliyetini düşürme yeteneği,
- Optimallik; maliyet ve yararlar arasında en iyi dengenin sağlanması,
- Kabul Edilebilirlik; hasta - hekim ilişkileri, kolay hizmet kullanabilme, bakım maliyeti vb. açılardan hastanın tercihlerine ve isteklerine uygunluk,
- Meşruluk; toplumsal tercihlerine uygunluk,

- Eşitlik; hizmet sunumunda ve kullanımında adaletin sağlanması, şeklinde özetlenebilmektedir.

Kaliteli bir sağlık hizmetinden söz edebilmek için gereken kaynakların verimli bir şekilde dağıtılması ve kullanılması, hizmetin etkili biçimde verilmesi, gerek kaynak dağıtımında gerekse hedef kitlenin hizmetlere ulaşımında hakkaniyete özen gösterilmesi ve hizmet sunumu sırasında ve sonrasında hizmeti kullananların memnuniyetinin sağlanması gerekmektedir (Uz, 1995).

Sağlık kurumları emek yoğun örgütler olduğundan dolayı insan faktörünün, hizmetin kalitesine etkisi büyüktür. Bir sağlık kurumunda çalışan personelin maddi veya manevi işinden tatmini, kendi sosyal yaşantısı, iş ilişkileri vb. daha birçok etki kişinin sunduğu sağlık hizmetini olumlu ya da olumsuz yönde etkilemektedir. Sunulan hizmetin bir standardizasyonu olmadığından sunumda değişiklikler olabilmektedir. Aynı zaman da sağlık hizmeti kullanıcıları da farklılık göstereceğinden sunum her zaman aynı olmamaktadır.

Sağlık hizmetlerinde de amaç, diğer üretim ve hizmet sektöründe olduğu gibi sağlık hizmeti kullanıcılarının (hasta, hasta yakını) beklentilerini karşılamak ve hatta beklentilerinin üzerine çıkmaktır. Ancak sağlık hizmetlerinin özelliklerinden dolayı sağlık hizmetini kullananlar, herhangi bir sağlık kurumuna geldiklerinde sahip oldukları ruh hali, onların rahatsızlıklarından dolayı olumsuz yöndedir. Bir an önce eski sağlıklarına ulaşmak istediklerinden dolayı da beklentileri çok yüksek olmaktadır. Bu durumda öncelikle gerekli olan hastanın olumsuz durumunu ortadan kaldırmak, yani doğru olan teşhisi koymak ve gerekli tedaviyi uygulamak gerekmektedir. Hastalar, teşhis ve tedavi ile ilgili bilgi düzeyine sahip olmadıkları için, sağlık hizmeti sunan ile hizmeti kullanan arasında bilgi asimetrisi olduğundan dolayı, teşhis ve tedavinin kalitesi ile ilgili bir fikir sahibi olmaları imkânsızdır. Bu durumda hasta yalnızca bakım koşulları ve sağlık profesyonellerinin davranış biçimleri hakkında bir değerlendirme yapabilmektedir. Sadece bu değerlendirmelere dayalı olarak kalite ölçümü yapmak, yanıltıcı sonuçlar verebilir (Kavuncubaşı ve Esatoğlu, 1998: 270).

Sağlık hizmeti kalitesinin daha zor açıklanabilen bir kavram olması, sağlık alanının özelliklerinden ileri gelmektedir. Hizmet kalitesinin çok sayıda değişkenden etkilenmesi ve bunların açık bir şekilde tanımlanmayışı ve ayrıca sübjektif

faktörlerin etkilerine açık oluşu, doğrudan doğruya nesnel ölçütler kullanılarak ölçülmesi ve tanımlanmasını güçleştirmekte ve sağlık hizmeti kalitesinin sezgisel olarak algılanmasını gündeme getirmektedir (Şahin, Yılmaz, 2007). Kısaca hastanın hizmet sürecinde edindiği algı, aldığı hizmetin kalitesini belirlemektedir.

## **1.5. HİZMET KALİTESİ VE KAVRAMSAL HİZMET KALİTESİ MODELİ**

Hizmet kalitesine kavramsal olarak bakarsak; hizmet kalitesi, müşterinin hizmetten beklentisiyle hizmeti aldığındaki algının karşılaştırılması veya farkı olarak tanımlanabilir (Camilleri ve O'Callaghan, 1998: 128). Bir hizmetin kalitesi iki değişkene bağlıdır. Bunlar; beklenen kalite ve algılanmış kalitedir. Beklenen kalite, hastanın önceki deneyimleri veya hastanın çevresinden duyduğu duyumlardır. Algılanmış kalite ise, hastanın hizmet sonundaki hizmete karşı duygularıdır (Gülmez,2008)

En geniş anlamıyla” hizmet kalitesi” müşteri beklentilerini karşılamak için üstün ya da mükemmel hizmetin verilmesi” olarak tanımlanır (Odabaşı,2000:93). Başka bir tanıma göre ise hizmet kalitesi bir kuruluşun müşteri beklentilerini karşılayabilme ya da geçebilme yeteneğidir” (Öztürk,1996:66). Kısaca hizmet kalitesi, sunulan hizmetin müşterinin başlangıçtaki beklentilerinin ne kadarını sonuçta karşılayabildiğinin bir kıstasıdır. Bütün bu açıklamalardan da anlaşılacağı gibi hizmet işletmelerinde kaliteyi belirleyen müşterilerdir. Bu nedenle hizmet işletmelerinde kalitenin müşteriler tarafından nasıl algılandığı önemlidir (Devebakan,2005:9). Hizmet kalitesi, ürün kalitesine kıyasla soyut ve ölçülmesi güç bir nitelik arz ettiği için hizmet kalitesinin belirlenmesinde kimi alt öğeler ya da faktörler dikkate alınmak zorundadır (Christopher vd., 1996:93). Bu faktörler arasında; güvenilirlik, hizmet sunmaya hazırlıklılık, liyakat, erişim ve hız, insancıl ilişkiler (Royne, 1996), inanılrlık, güvenlik, müşteriye anlamak ve bilmek, hizmetin somutlaştırılması ve iletişim sayılabilir. (Kunts ve Lemming, 1996:202; Lovelock ve George, 1996:65)

Varinli (2004:34-35) ye göre “Donabedian, sağlık hizmetlerinde kaliteyi üçe ayırır. Bunlar; teknik yönü, kişiler arası iletişim yönü ve sağlık hizmetinin konfor yönüdür (Turner ve Pol,1995:5). Teknik yönü; tıbbî bilim ve bilginin bir sağlık

probleminin teşhis ve tedavisinde ne kadar iyi uygulandığını ifade etmektedir. Kalitenin kişiler arası iletişim yönü; hasta ile iletişim kuran doktor, hemşire, yardımcı personel gibi sağlık hizmeti sunum sürecinde yer alan kişilerin yardımseverliği, dostça yaklaşım vb. özellikleri kapsamaktadır. Konfor yönü ise, hastane ortamında sunulan imkânlar, bu imkânların rahatlığı gibi özellikleri içermektedir.”

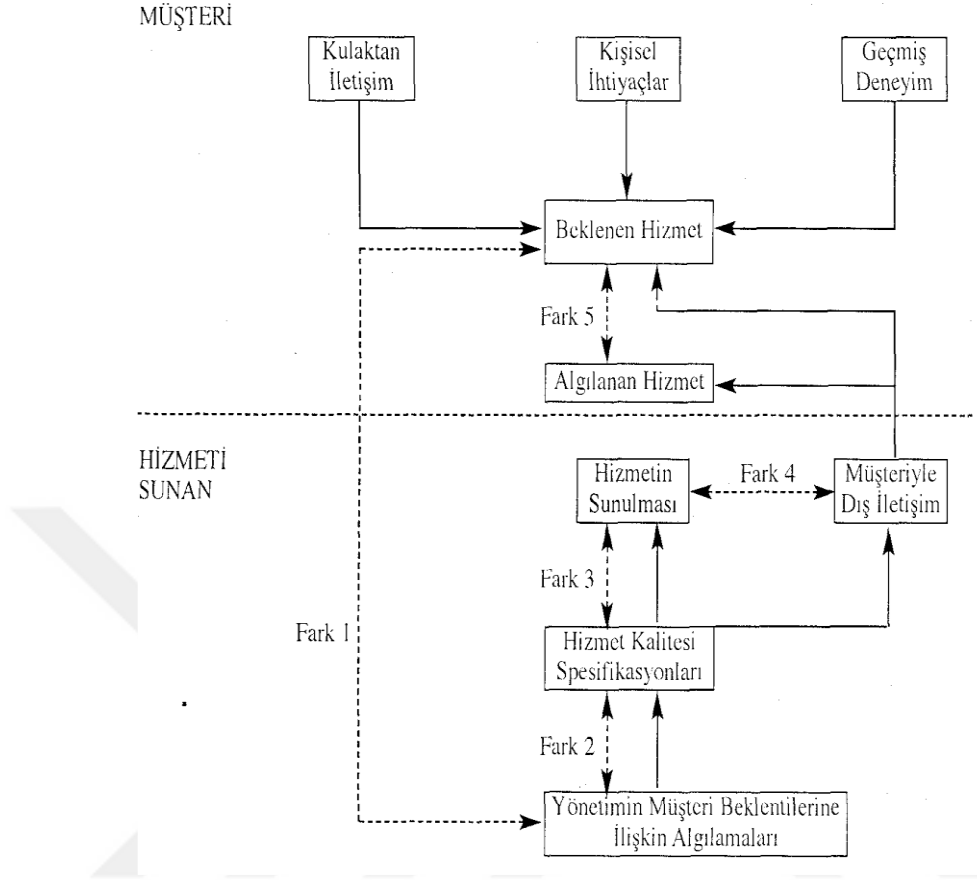
Carman (2000) a göre hizmet kalitesi işlevsel ve teknik özellikler olmak üzere iki tür özellikten oluşur. İşlevsel özellikler hizmetin sunumuyla ilgili özellikleri kapsarken, teknik özellikler ise hizmetin sonuçları ile ilgili özellikleri kapsamaktadır. Hastaların hizmet kalitesi algılamasında teknik özelliklerin, işlevsel özelliklerden daha önemli olduğunu çalışmalar göstermiştir. Yani hastalar sonuç odaklı düşünmekte ve hizmetin sunumundan çok sonuca önem vermektedirler. Hastaların memnuniyetini belirleyen en önemli etken ise kişisel iletişimin geliştirilmesidir( Yağcı,İ, Duman, T,2006:220).

Parasuraman, Zeithaml, Berry(1985) e göre hizmetler soyut nitelikte olduğu için, hizmet kalitesi de soyut bir yapıya sahiptir. Bu nedenle hizmet kalitesi yerine “algılanan hizmet kalitesi terimi kullanılmaktadır” (Uyguç,1998:28). Yine Uyguç’a göre (1998:28) algılanan hizmet kalitesi ise ”müşterinin hizmeti almadan önceki beklentileri (beklenen hizmet) ile yararlandığı gerçek hizmeti (algılanan hizmet ya da algılanan performans) kıyaslamasının bir sonucu olup, müşterilerin beklentileri ile algılanan performans arasındaki farklılığın yönü ve derecesi olarak” değerlendirilmektedir. Beklentiler müşterilerin hizmete ilişkin istek ya da arzularını ifade etmektedir.

Uyguç’a (1998) göre ;

- Beklenen hizmet, algılanan hizmetten büyük olursa algılanan kalite tatmin olmaktan uzaktır ve kabul edilemez bir kalite düzeyidir.
- Beklenen hizmetin algılanan hizmete eşit olması durumunda ise algılanan kalite tatmin edici olacaktır.
- Beklenen hizmetin, algılanan hizmetten küçük olması durumunda müşteriler tarafından algılanan kalite ideal kalite düzeyidir.

**Şekil 2: Kavramsal Hizmet Kalitesi Modeli ( Fark Analizi Modeli)**



Kaynak: V.A.Zeithaml; A. Parasuraman;L.L.Berry (1990,46).

### 1.5.1. Hizmet Kalitesi Boyutları

Parasuraman ve arkadaşları bir hizmet işletmesinde hizmet kalitesini etkileyecek 5 nokta belirlemişlerdir. Bu noktalar hizmet verenin hizmet kalite anlayışları ile uygulamaları veya müşterilerin hizmet beklentileri ile yararlandıkları esas hizmet arasındaki farklar şeklinde özetlenmiştir. Parasuraman ve arkadaşları bu farkları "Boşluk (GAP)" olarak tanımlamışlardır.

- Boşluk 1: Müşteri beklentileri ile hizmet organizasyonu yönetiminin bu beklentileri algılaması arasında oluşan boşluktur.
- Boşluk 2: Hizmet organizasyonu yöneticilerinin müşteri beklentilerini algılamaları ile hizmet kalitesi standartları arasındaki boşluktur

- Boşluk 3: Hizmet sunumu ile hizmet kalitesi standartları arasındaki boşluktur.

- Boşluk 4: Müşteriye sunulan hizmet ile müşterinin henüz hizmeti almadan önce hizmet hakkında bildikleri ile ilgili boşluktur.

- Boşluk 5: Beklenen hizmet ile algılanan hizmet kalitesi arasında oluşan boşluktur. Beşinci boşluk diğer dört boşluğun sonucunda ortaya çıkar ki Servqual modeli bu beşinci boşluğun sayısal bir ifadesi olarak geliştirilmiştir ( Tengilimoğlu,2013: 44).

Collier'e göre (1990:238) ,beklenen hizmet müşteriye; algılanan hizmet ise hizmet veren personele ve işletmeye yönelik bir takım işletme içi faaliyetlerin ve kararların sonucudur.

Hasta sağlık hizmeti sunumunda bir nevi dış müşteridir. Buna göre müşterinin etkilendiği reklamlar, geçmişte hizmeti veya ürünü kullanırken yaşadığı tecrübeler, çevresindeki diğer hastalardan edindiği bilgiler, hastanın kendi kişilik yapısı, içinde yetiştiği sosyal ekonomik çevre, öğrendiği kültürü ve ihtiyaçları müşteri-hasta beklentilerini dolayısıyla da beklenen hizmeti etkileyen hastaya ait faktörlerdir.

Öte taraftan, hizmetin gerçekleşme düzeyi yani algılanan hizmet, hizmet üretim ve sunumunda kullanılan araç, gereç, teçhizat ile personelin niteliği ve niceliği, süreç ve iş tasarımı, örgütün yönetim biçimi gibi kontrol edilebilir işletme içi uygulamalardan etkilenmektedir. Kalitenin istenilen düzeyde gerçekleştirilebilmesi hem müşteri beklentilerinin hem de işletme personelinin ve faaliyetlerinin etkili yönetimine bağlıdır (Uyguç,1998: 32-33).

Hizmet kalitesi boyutlarını ortaya koyan ve genel kabul gören en önemli çalışma Parasuraman, Zeithaml ve Berry tarafından yapılmıştır. Hizmet tipine bakılmadan hizmetler için temel kriterler oluşturulmuştur. Bu kriterler ise on ana kategoride toplanmış ve bu kriterlere hizmet kalitesinin boyutları adı verilmiştir.

Bu boyutlar, güvenilirlik, karşılık verebilmek, yeterlilik, ulaşılabilirlik veya erişilebilirlik, saygı, iletişim, inanılabilirlik, güvenlik, müşteriye anlamak ve fiziksel varlıklardır (Zeithaml vd., 1990:20-22).

Sonrasında Parasuraman, Zeithaml ve Berry'nin yaptıkları çalışmalar devam ettikçe, algılanan hizmet kalitesi ile ilgili on faktörden aslında sadece beşinin yüksek

düzyeyde ilişkiili olduğu bu faktörlerin kendi aralarında da karşılıklı etkileşim içinde buldukları sonucu ortaya çıkmıştır. Bu boyutları şu şekilde sıralamak mümkündür (Değermen, 2006: 24 ve Odabaşı, 2004: 94).

- Güvenilirlik: Hizmetin doğruluğu, tutarlılığı ve hizmeti gerçekleştirebilme yeteneğidir.
- Heveslilik (karşılık verebilmek): Zamanında doğru ve açık bir biçimde taleplere yanıt verebilme becerisidir.
- Güven (yeterlilik, saygı, inanılrlık, güvenlik): İşletme çalışanlarının bilgi ve nezaket ile güven yaratmasıdır.
- Empati (ulaşılabilirlik, iletişim, müşteriye anlamak): Kendini müşteri yerine koymak suretiyle bireyselleştirilmiş ilgiyi müşteriye verebilmedir.
- Fiziksel varlıklar: İşletmenin fiziksel ortamının görünüşünü, ekipmanı, çalışanları ve basılı malzemeleri kapsar.

Lehtinen (1983,303-309) hizmet kalitesini “üç boyutta” irdeler. “Üç boyutlu kalite yaklaşımına” göre bu boyutlar

- 1- Fiziksel Kalite: Hizmetin fiziksel elemanlarından kaynaklanan kalite boyutudur. Fiziksel elemanlar ise fiziksel ürün ve fiziksel destektir.
- 2- Etkileşim Kalitesi: Müşteri ile temasta bulunan kaynaklar arasındaki etkileşimden doğar. Bu boyut müşteri ile hizmet veren personel arasında oluşabileceği gibi müşteri ile diğer müşteriler arasında da oluşabilir. Örneğin hastanede sıra bekleyen hastaların birbiriyle konuşarak birbirlerine önerilerde bulunması
- 3- Firma Kalitesi: Bu müşteriler ve potansiyel müşterilerin şirket ya da firmayı kamuoyunda yarattığı imaj bakımından değerlendirmeleri ile ilgilidir. Bir şirketin iyi imajı kalitesinde bozulmalar olsa bile uzun bir süre geçerliliğini koruyabilir.

Lehtinen ayrıca kaliteyi “iki boyutlu” olarak da incelemenin daha yararlı olabileceğini de belirtmektedir. Lehtinen’e göre “iki boyutlu” kalite yaklaşımı soyut bir yaklaşım olup süreç ve çıktı kalitesi olarak farklılaşmaktadır. Süreç kalitesi, müşterinin hizmet üretim sürecine katılımının niteliksel bir değerlendirmesi olup onun öznel yargılarını yansıtmaktadır. Çıktı kalitesi ise müşterinin üretim sürecinin sonucu ile ilgili değerlendirmesidir.

Grönroos (1983,25-26;1984) ise teknik ve işlevsel olmak üzere iki kalite boyutundan söz eder. Teknik kalite müşterinin hizmet veren personel ya da işletme ile etkileşiminden ne sağladığını yani elde ettiği şeyi, işlevsel kalite ise müşterinin hizmeti nasıl aldığını ifade etmektedir. Kısaca teknik kalite boyutu “müşteriye ne verildiği”, işlevsel kalite boyutu ise “nasıl verildiği” sorularına cevap oluşturur. Grönroos’a göre firma imajı müşterilerin bir firmayı veya işletmeyi nasıl algıladıklarını belirtmektedir. Firma imajı söz konusu firmanın teknik ve işlevsel kalitesi sonucunda oluşmaktadır.

(Varinli,2004:35) anlatımına göre “bir başka modelde ise hizmet kalitesi dört boyutta incelenmiştir. Bunlar; hizmet ortamında sunulan imkânlar, standartlara uygunluk, zamanlılık ve insan faktörü ile davranışsal özellikleridir (Oswald ve diğerleri, 1998: 20). Bir diğer çalışmada, hizmet kalitesi ile ilgili faktörler altı grupta toplanmıştır (Woodside, Frey ve Daly, 1989). Bunlar; hasta kabul, fatura ödeme, hemşirelik hizmetleri, yiyecek hizmetleri, oda hizmetleri ve teknik hizmetlerdir. Choi ve diğerleri de (2004) yaptıkları çalışmalarında, poliklinik hizmetlerini dört faktör altında toplamıştır. Bunlar; poliklinik hizmet sürecinin kolaylığı, doktorlar dışındaki personel, doktorlar ve gözle görülür imkânlardır.

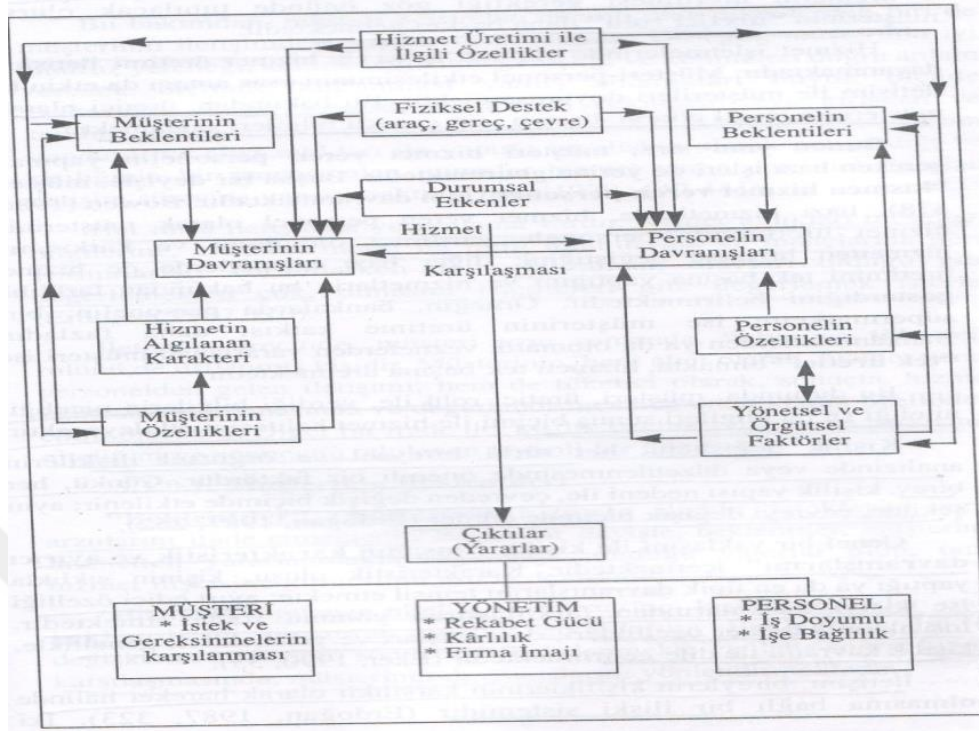
Yukarıda açıklanan modellerde de görüleceği üzere sağlık hizmetlerinde hizmet kalitesi belirleyicisi önemli ölçüde insan faktörüdür. Bunlar; doktorlar, hemşireler, destek hizmetleri veren diğer personel (hasta kabul, kayıt vb.) Hastaların hizmet kalitesi algılamaları, sağlık hizmetinin sunumunda rol alan personelin bilgi, beceri vb. özelliklerine dayanarak olmaktadır”.

## **1.6. HİZMET KALİTESİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

Hizmet kalitesini etkileyen değişkenler; etkileşim yaklaşımına göre “insan-insan etkileşimi” ne dayanan (örneğin; hasta-doktor, öğretmen-öğrenci, müşteri-banka memuru vb.) hizmetlerde incelenmektedir.

(Uyguç,1998,60-64) “Hizmet kalitesini (bağımlı değişken) etkileyen faktörler (bağımsız değişkenler) şekilde gösterilmektedir.

**Şekil 3:** Hizmet Kalitesini Etkileyen Faktörler



Kaynak: Uyguç Nermin (1998:61), Hizmet Sektöründe Kalite Yönetimi Stratejik Bir Yaklaşım,

Bu modele göre bu faktörler

- Müşteriyi etkileyen faktörler
- Hizmet veren personeli etkileyen faktörler
- Hem müşteriyi hem de hizmet veren personeli etkileyen faktörler olarak üç ana başlık altında incelenmektedir”.

### 1.6.1 Müşteriyi Etkileyen Faktörler

Eroğlu,2005:9 a göre ”.Müşteri bir ürünü veya hizmeti satın alan (kabul eden) kuruluş, kişi ya da kişilerdir. Müşteriler, bilançoda gösterilmese de bir işletmenin sahip olduğu en değerli varlıklardır (Berry, 1991:6). Müşteri, işin oluş nedenidir. Hatta yeni pazarlama anlayışı, işletme fonksiyonlarının merkezine müşteriyi koymaktadır (Taşkın, 2000 :172). Müşteri kavramı sadece ürün satın alanları değil, işletmenin ürettiği mal ve hizmetlerden etkilenen herkesi kapsamaktadır. Dolayısıyla; işletmenin bir bölümünün çıktılarını kullananlar veya bu çıktıların etkilediği insanlar,

organizasyonlar, sistemler veya süreçler de birer müşteridir (iç müşteri) (Sprague v.d., 1992; s:57).”

Eskiden sağlık işletmelerinin müşterisi dendiğinde tek hastalar akla gelirken bugün sağlık hizmetleri üretimi sürecine katılan tüm birey ve kurumlar müşteri olarak algılanmaktadır (Kavuncubaşı, 2000: 292-293). Sağlık işletmelerinin müşterilerini de diğer hizmet ve imalat sektörlerindeki gibi iç ve dış müşteriler olarak ikiye ayırabiliriz. Sağlık işletmesinde çalışan veya sağlık işletmesi ile organik bağı bulunan kişi veya gruplar iç müşterileri oluşturmaktadırlar. Sağlık işletmesinin hizmetlerinden doğrudan veya dolaylı olarak yararlanan kişi ve kurumlar ise sağlık işletmesinin dış müşterilerini oluşturmaktadır. Sağlık işletmelerinde hastalar genel olarak birincil en büyük dış müşteri grubunu oluştururlar. Hasta yakınları ve refakatçileri, ziyaretçiler, diğer sağlık kuruluşları anlaşmalı kurumlar, eczaneler, dernekler, medya, sigorta şirketleri, tıbbi malzeme ve ilaç firmaları, çiçekçiler, çamaşırhane işletmeleri, müteahhitler, devlet ve toplum diğer dış müşteri grubunu oluşturmaktadırlar. Öte yandan teknik personel ve destek personeli (laboratuvar teknisyeni, diyetisyen vb.) sağlık profesyonelleri (uzmanlar, doktorlar, asistan doktorlar, hemşireler vb.) orta ve üst kademe yöneticiler, işletmenin pay sahipleri ve danışmanlar sağlık hizmetlerinin iç müşterilerini oluştururlar. Part - time çalışan doktorlar sağlık işletmesinin hem iç hem de dış müşterisini oluştururlar (Devebakan, 2006:121-122).

Müşteri katılımı, bir hizmet üretim sürecinde hem hizmet üreticisi hem de tüketicisi olarak müşterinin rolünü belirleyen kavramdır. Bir hizmetten yararlanılması için öncelikle o hizmetin üretilmesi gerekir. Müşterinin temel görevi üretim için gerekli bilgileri sağlamasıdır. Hastanın doktora şikayetlerini doğru ve eksiksiz anlatması gibi. Bu durumda müşteri(hasta) verdiği bilgilerin niceliği, niteliği ve bu bilgileri sunuş biçimi ile hizmet kalitesini etkileyecektir. Kişilik değişkeni her türlü bireysel ve örgütsel ilişkilerin analizinde veya düzenlenmesinde önemli bir faktördür. Çünkü birey kişilik yapısı nedeni ile çevresinden değişik biçimde etkilenir. Aynı zamanda çevreyi değişik biçimde etkiler. Genel bir yaklaşımla kişilik “insanın karakteristik ve ayırıcı davranışlarını” içermektedir. Müşterinin entelektüel kapasitesinin yüksekliği yanlış anlamaları azaltacaktır. Diğer yandan müşterinin(hastanın) çekingen veya girişken ve kendine güvenen bir kimse olması

din, ahlak ölçüleri, politika, yaşam standardı ve alışkanlıkları ile yaptığı işe ilişkin geliştirdiği ve kişiliğinin bir parçası olan tutum ve davranışlar hizmet veren personel ile iletişimine yansiyacaktır (Uyguç,1998: 63).Özetle sağlık hizmetini talep edenlerin kişilik özellikleri hizmet sunumunun niteliğini ve sonucunu etkileyen önemli bir faktördür.

Günümüzde işletmeler yani hizmet sunucular müşterilerini tanımak ve onların istek ve ihtiyaçlarına göre üretimini yeniden yapılandırmak için müşteri bilgilerini sürekli olarak takip edip bu bilgileri değerlendirmeye başlamışlardır. Bir çok işletme müşteri anketleri uygulayıp geri bildirimlerle her yıl müşterilerinin üretilen mal ve hizmetlerden ne oranda memnun olduklarını belirlemektedirler. Bu anlamda, işletmenin başarısı müşterilerin memnun olup olmamasına da bağlıdır. Müşteri memnuniyeti, herhangi bir işletmenin ana performans değerlendirme kriterlerinden biri haline gelmiştir (Eroğlu,2005:9). Öyle ki sağlık bakanlığının periyodik olarak aile hekimlerinden memnun olup olmadıkları ile ilgili olarak aile hekimine kayıtlı hastalara uyguladığı anketler bunun tipik bir örneğidir.

Müşteri/hasta memnuniyeti ya da memnuniyetsizliği müşterinin beklentilerine aldığı cevap ile yakından ilişkilidir. Beklentiler müşterinin/hastaların hizmete ilişkin isteklerini veya arzularını ifade etmektedir. Hizmetin algılanan niteliği ve müşterinin kişilik özellikleri onun beklentilerini oluşturan önemli etkenlerdir. Beklentiler hizmet karşılaşmasında müşterinin davranışlarını yönlendirmektedir. Algılanan hizmetin beklentileri ne derece karşıladığı algılanan hizmet kalitesinin düzeyini belirlemektedir. Bu perspektiften hareketle sağlık hizmetlerinde kalitenin ölçülmesi ve değerlendirilmesi, hastaların daha sonraki gelişlerini sağlayabilmek ve sağlık hizmetlerinde iyileştirmeye açık alanları belirleyebilmek açısından önemlidir. Böylece sağlık kurumlarının, hasta ve yakınlarının beklenti ve ihtiyaçlarını karşılayabilecek düzeyde nitelikli bir sağlık hizmeti sunarak onları sadık bir kullanıcı/müşteri haline getirmesi mümkün olabilecektir. (Kıdak,2015:486) Sonuç olarak sağlık hizmeti kullanıcıları aldıkları hizmetin sonucunda sağlıklarına kavuşmak ve fayda görmek isterler. Bu beklentileri karşılandığı zamanda o hizmeti kullanan sadık birer kullanıcı olurlar. Aile hekimleri veya hastanedeki doktoru izne çıktığında yerine vekalet eden hekime gitmeyen, randevularını iptal eden hastalar gibi.

## **1.6.2. Hizmet veren personeli etkileyen faktörler**

### **1.6.2.1. Personelin Kişilik Özellikleri**

Beynimiz dış dünyadan duyu organlarımız yoluyla almış olduğu uyaranları işler, bilgiye çevirir ve bizim için anlamlandırır. İşte buna algı denir. Günümüz dünyasında algının yönetimi önemli hale gelmiştir. Hizmet aslında bir bakıma algının yönetilmesidir çünkü hizmetler karşılıklı etkileşimli bir süreç olduğundan müşteri ya da hastalar ilk hizmet veren personelle karşılaşma anında karşısında bulunan kişiyle ilgili uyaranlar yoluyla bir algıda bulunur. Bu nedenle sağlık hizmetleri sektöründe müşteri ya da hasta ile ilk karşılaşan personel çok önemlidir. Bu hizmet veren personellerin dış görünüşleri, konuşma şekilleri, hastayı dinlemeleri, duruşları, empati yapmaları, yardımcı olma duygusunu hissettirmeleri daha sonrada alanlarıyla ilgili bilgileri, karşısındaki kişi de bir algı yaratır. Eğer bu algı kişinin bilmediği bu hizmet dalı ile ilgili beklentilerini karşılar veya geçerse sunulan hizmet iyi bir hizmet algısı yaratır. . Bizim hizmet kalitesi olarak ölçtüğümüzde aslında tam olarak budur. Bu nedenle personel çalıştığı şirketin veya kurumun imajının oluşmasında başattır.

Hizmet sunucuları bu nedenle işe aldıkları personelleri sıkı bir ön elemeden geçirmelidirler.

### **1.6.2.2. Personelin Beklentileri**

İnsanların hayatını devam ettirebilmesi için düzenli bir işe ve gelire ihtiyacı vardır. Hizmet sunumunda çalışan personel kadrolu sürekliliği olan ve iyi bir gelir getiren bir işte çalışmak ister. Aynı zamanda sosyal haklarının karşılanmasını(yemek, servis, yıllık izin vb.) nöbet karşılığı ücret almak, bayram ve yılbaşı primleri verilmesi ya da iyi bir satış sonrası primle ya da bir tatille ödüllendirilmek vb. isteklerinin karşılanmasını ister. Bu beklentileri ve istekleri karşılandığında, yaptığı işten memnun kalacak, işine daha çok sahip çıkıp daha iyi hizmet vermesini ve müşteri memnuniyetinin artmasını sağlayacaktır. Bu aynı zamanda şirketin ve /veya kurumun itibarının ve rekabet gücünün gelişimine katkı sunacaktır.(Heskett,1987).

Özellikle hizmet karşılaşmasının olduğu süreçlerde personelin bu beklentilerinin karşılanması personelin müşterilere davranışlarını olumlu yönde etkileyecektir.

Personelin çalıştığı ortamın güvenli ve konforlu olması da personelin güdülenmesini sağlar.

### **1.6.2.3. Örgütsel ve Yönetimsel Faktörler**

Bu faktörlerin çoğu personeli yönetmek için uygulanan iletişim ve kontrol süreçlerini, diğerleri ise rol belirsizliği ve rol çatışması gibi süreçlerin sonuçlarını içermektedir. Hizmet sosyal bir süreçtir bu nedenle yönetim bu süreçleri yönlendirme yeteneğidir. Çalışanların moralini, kararlara katılımını ve işe karşı isteklerini arttıracak stratejiler uygulanması gerekir. Personele şirket içinde yükselme şansı verilmesi, hizmet içi eğitimlerle desteklenmesi, personele yetki devri tanınması, iletişim kanallarının açık tutulması, personelin çevresel değişime adapte olmasını ve alınan kararların etkin bir biçimde uygulanmasını sağlamaktadır. Çünkü bir hizmetten faydalananlar o kurum iklimini sıcak ve dostça hissettiklerinde hizmet kalitesini daha iyi algılayacaklar, işletmeye karşı bağlılıkları artacaktır.

### **1.6.3. Hem Müşteriyi Hem de Hizmet Veren Personeli Etkileyen Faktörler**

#### **1.6.3.1. Hizmet Üretimi ile İlgili Özellikler**

Czepiel(1986,10-11)'e göre zaman faktörü (bir hizmetten sık yararlanma), teknoloji (hizmet karşılaşmasının niteliğini etkiler, hastanelerde son teknik teşhis ve tedavi cihazlarının olması), hizmetin içeriği, hizmetin verildiği yer (müşterinin bulunduğu yerde verilen hizmetler veya hizmet veren personelin bulunduğu yerde verilen hizmetler aynı değildir. Müşterinin fiziksel olarak bulunması gereken durumlarda hastane gibi hizmetin verildiği yere girmek, hizmetten yararlandığı sürece de burada kalmak zorundadır), biçimselleştirme/standartlaştırma, hizmetin üretiminde önemli özelliklerdir.

### **1.6.3.2. Fiziksel Destek**

Lehtinen'in kabul ettiği kalite boyutlarından birisi olan fiziksel destek hizmet üretimini olanaklı kılan ve/veya kolaylaştıran çevreyi belirtmektedir. Bunlar teknik araç, gereç, teçhizat ve hizmet ortamını ifade etmektedir. Grönroos hizmet veren personel ile teknik araç gereç ve teçhizatı müşteriye doğrudan etkileyen kalite yaratıcı kaynaklar olarak tanımlamaktadır. Bu kaynaklar hizmet veren personelin işini kolaylaştırarak iş başarısını yükseltir, müşterinin bekleme süresini kısaltır aynı zamanda işte verimliliği artırır ve müşterinin kendini daha güvende hissetmesini sağlar.

Hizmet ortamı ise müşteri davranışını yönlendirmede faydalıdır. Hizmet ortamına giren (örneğin hastaneler, büyük alışveriş merkezleri gibi) müşteri yönlendirilme ihtiyacı hisseder. Bu iki şekilde gerçekleşir. Bunlarda yer yönlendirmesi müşterinin "neredeyim, aradığım yere nasıl gidebilirim?" sorularına cevap oluştururken işlevsel yönlendirme ise bir kurumun ya da sistemin "nasıl çalıştığı" sorularına cevap verir. Hizmetin sunulduğu ortamın ısı, ışık, havalandırma gürültü gibi ergonomik özelliklerin hem müşteriye hem de personeli etkileyeceği açıktır.

### **1.6.3.3. Durumsal Etkenler**

Hizmet anlık üretildiği için müşteri ve personelin o andaki ruh halleri, yorgun olup olmamaları hizmet kalitesini etkiler. O anda hizmetten yararlanan müşterilerin sayısı da hem personeli hem müşterileri etkileyecek, bekleme süresi uzadıkça algılanan kalite ve doyum azalacaktır. Öte yandan aynı hizmeti veren kişi ve/veya işletmelerin olması rekabet yarattığından hem müşteriye hem de personelde birbirlerine karşı davranışlarında değişiklik yapmalarına neden olacaktır(Uyguç ve Arbak,1994).

## 1.7. HİZMET KALİTESİ ÖLÇME YÖNTEMLERİ

Hizmet kalitesini ölçmek, müşteri memnuniyetini artırmak ve içinde bulunulan alanda (sağlık,turizm,sanayi,bankacılık vb.)rekabet avantajı sağlamak için önemlidir. Günümüzde en yaygın kullanılan hizmet kalitesi ölçüm yöntemleri:

### 1.7.1. SERVQUAL Modeli

SERVQUAL, hizmet kalitesini ölçmek için en çok kullanılan modeldir. Parasuraman, Zeithaml ve Berry tarafından geliştirilen bu model, müşteri beklentileri ile algılanan hizmet performansı arasındaki farkları analiz eder. Model, beş ana boyutta değerlendirme yapar:

**Güvenilirlik (Reliability):** Hizmet sağlayıcısının vaat ettiği hizmeti doğru ve güvenilir bir şekilde sunma yeteneği.

**Heveslilik (Responsiveness):** Müşteri taleplerine çabuk ve etkili bir şekilde yanıt verme istekliliği.

**Güven (Assurance):** Personelin bilgi ve nazik tutumu ile müşteriye güven ve eminlik vermesi

**Empati (Empathy):** Müşteriye bireysel ilgi gösterme ve onların özel ihtiyaçlarını anlama.

**Fiziksel Özellikler (Tangibles):** Fiziksel varlıklar, personel görünümü, ekipman ve iletişim materyallerinin kalitesi.

SERVQUAL anketi, her bir boyut için beklentiler ve algılar arasında karşılaştırmalar yaparak hizmet kalitesini ölçer. Anket, genellikle 22 madde içerir.

Her madde, 7 dereceli Likert ölçeğiyle değerlendirilir. Sonuçlar, her boyut için "beklentiler - algılar" farkı olarak hesaplanır. Bu farklar, hizmet kalitesindeki boşlukları (gaps) gösterir ve hangi boyutta iyileştirme yapılacağını belirler.

Servqual yönteminin en büyük dezavantajı müşterilerin algılarının, kültürel ve bireysel farklılıklardan etkilenebilir olması ve bu nedenle sonuçların genellenebilirliğini sınırlayabilmesiyle en büyük avantajıda pek çok işkolunda uygulanabilir olmasıdır.

### **1.7.2. SERVPERF Modeli**

SERVPERF, Cronin ve Taylor tarafından geliştirilen ve SERVQUAL modeline alternatif olarak ortaya çıkan bir yaklaşımdır. Bu model, hizmet kalitesini yalnızca algılanan performans üzerinden değerlendirir; beklentiler dikkate alınmaz. SERVPERF, daha kısa ve uygulaması daha kolay bir anket yapısıyla, özellikle büyük ölçekli araştırmalarda tercih edilir. Daha az soru ile veri toplanır. Araştırmaların daha hızlı ve düşük maliyetle gerçekleştirilmesini sağlar. Müşteri algılarına odaklanarak, hizmet kalitesini doğrudan ölçer. Sadece mevcut algıları ölçer, gelecekteki beklentileri yansıtmaz. Beklentiler dikkate alınmadığı için, hizmetin ne kadar tatmin edici olduğu konusunda sınırlı bilgi sağlar.

### **1.7.3 Kano Modeli**

Kano Modeli, hizmet veya ürün özelliklerinin müşteri memnuniyeti üzerindeki etkisini sınıflandıran bir yaklaşımdır. Bu model, müşteri beklentilerinin zamanla değişebileceğini ve bazı özelliklerin başlangıçta tatmin edici olsa da, zamanla temel gereksinim haline gelebileceğini öne sürer. Her özellik için iki soru sorulur: birincisi "özelliğin varlığında nasıl hissedersiniz?", ikincisi ise "özelliğin yokluğunda nasıl hissedersiniz?" şeklindedir.

### **1.7.4. Net Promoter Score (NPS) (Tavsiye Ediciler)**

NPS, müşteri sadakatini ve memnuniyetini ölçen bir yöntemdir. Müşterilere, tek bir soru "Bu hizmeti bir arkadaşınıza önerir misiniz?" sorusu sorulur ve yanıtlar 0-10 arasında puanlanır. 9-10 puan verenler "promoter", 7-8 puan verenler "pasif", 0-6 puan verenler ise "eleştirmen" olarak sınıflandırılır. NPS, bu grupların yüzdesel farkıyla hesaplanır.

## İKİNCİ BÖLÜM

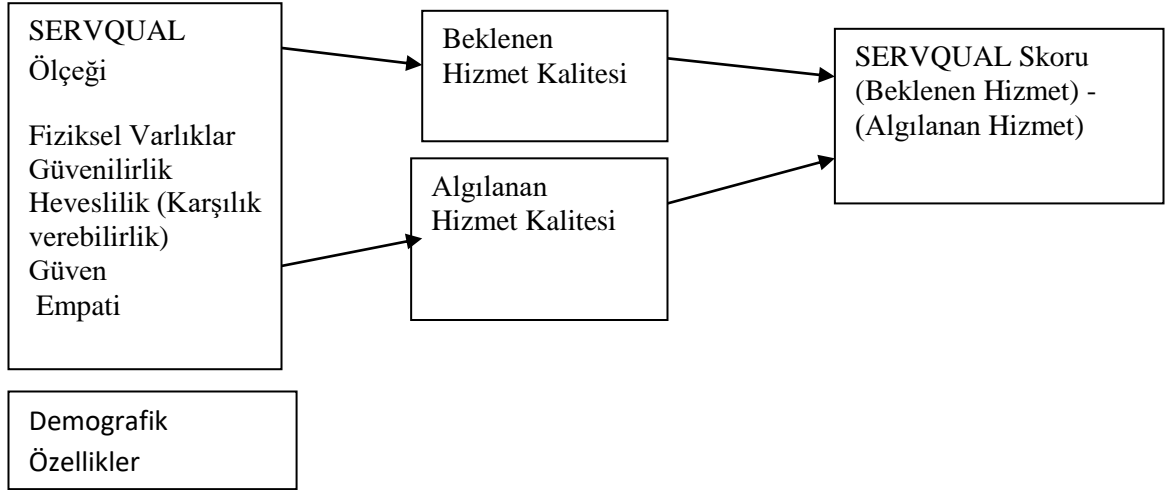
### AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNDE HASTALARIN HİZMET KALİTESİ ALGISINA YÖNELİK BİR İNCELEME

#### 2.1 ARAŞTIRMANIN AMACI

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin içinde yer alan aile hekimliği uygulamasında, hasta ve hasta yakınlarının sunulan hizmetin kalitesinden ne bekleyip ne algıladıklarını hizmet kalitesini ölçmede bir araç olan Servqual ölçeğini kullanarak beş boyutta tespit etmektir. Ayrıca bir diğer amaç hastaların aile sağlığı merkezinde verilen hizmetten beklentileri ile algılamaları arasındaki farkları her boyut için belirlemek ve karşılaştırmalı olarak değerlendirmek yoluyla öneriler getirmektir.

#### 2.2. VARSAYIMLANAN ARAŞTIRMANIN MODELİ

Şekil 4: Araştırmanın Modeli



Kaynak: Yazar tarafından oluşturulmuştur.

### 2.2.1. Araştırmanın Hipotezleri

H1: Beklenen Hizmet kalitesi fiziki varlıklar boyutu ile Algılanan Hizmet kalitesi fiziki varlıklar boyutu arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H2: Beklenen Hizmet kalitesi güvenilirlik boyutu ile Algılanan Hizmet kalitesi güvenilirlik boyutu arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H3: Beklenen Hizmet kalitesi heveslilik boyutu ile Algılanan Hizmet kalitesi heveslilik boyutu arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H4: Beklenen Hizmet kalitesi güven boyutu ile Algılanan Hizmet kalitesi güven boyutu arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H5: Beklenen Hizmet kalitesi empati boyutu ile Algılanan Hizmet kalitesi empati boyutu arasında anlamlı bir farklılık vardır.

### 2.3. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

Araştırmanın verileri alan araştırmasına dayalı olarak Manisa ili Yunusemre ilçesinde faaliyet gösteren bir aile sağlığı merkezinde, kolayda örneklem yöntemi ile 301 hasta ve hasta yakınlarından oluşan katılımcılardan sağlanmıştır. Formların incelenmesi sonucunda 295 adet analiz edilebilir form tespit edilmiş ve analizler söz konusu 295 form üzerinden gerçekleştirilmiştir.

Soru formunun oluşturulmasında hizmet kalitesi boyutları Parasuraman ve arkadaşlarının (1985) hizmet kalitesini ölçmek için oluşturdukları SERVQUAL ölçeği esas alınarak hazırlanmıştır. SERVQUAL ölçeğine göre kavramsal hizmet kalitesi modelindeki 5. Boşluk (beklenen hizmet – algılanan hizmet) ölçeğin temelini oluşturmaktadır .

Soru formu üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde ankete katılan hasta ve hasta yakınlarının demografik özelliklerini kapsayan 8 soru yer almaktadır. İkinci bölüm beklenen hizmet kalitesini belirlemek üzere beş boyuta ait 22 ifade ve formunun üçüncü bölümde ise algılanan hizmet kalitesini ölçmek üzere 22 ifade yer almakta ve soru formu toplam 52 ifadeden oluşmaktadır.

Hizmet kalitesini ölçmeye yönelik ikinci ve üçüncü bölümde yer alan ifadelerin ölçülmesinde Likert tipi beşli ölçek kullanılmaktadır. 5'li Likert ölçeği

dikkate alındığında ölçek; kesinlikle katılmıyorum (1), katılmıyorum (2) ne katılıyorum ne katılmıyorum (3) katılıyorum (4) kesinlikle katılıyorum (5) şeklinde olumsuzdan olumluya doğru düzenlenmiş ve puanlanmıştır. Bu bölümlerdeki soru ifadeleri SERVQUAL yönteminin boyutlarının sorularının aslına bağlı kalınarak hazırlanmış ve birinci basamak sağlık hizmeti şartları da dikkate alınarak ifadeler alana özgü uyumlaştırılmıştır. İkinci bölüm beklenti, üçüncü bölüm ise algılanan ölçen bölümlerdir.

## 2.4. ANALİZ VE DEĞERLENDİRME

Elde edilen veriler doğrultusunda anket verilerinin geçerlilik ve güvenilirliği test edilmiş, tanımlayıcı istatistikler yapılmış, bu bağlamda ankete katılan hastalara ait bilgiler frekans analizi, t-testi ve korelasyon analizi ve nonparametrik (Wilcoxon) test ile değerlendirilmiştir. Verilerin analizinde SPSS 20.0 (Statistical Programme for Social Sciencies) programından yararlanılmıştır.

Çalışmanın değişkenlerine yönelik yapısal geçerlilik çalışması, ülkemizde servqual ölçeğinin bir çok çalışmada kullanılmış ve geçerliliğinin test edilmiş olması nedeniyle bu çalışma da da geçerli olduğu varsayılmış ve güvenilirlik analizi gerçekleştirilmiştir.

Ülkemizde yapılan çalışmalara örnek verilecek olursa Eleren, A., Bektaş, Ç. ve Görmüş, A. (2007) tarafından Uşak ilinde faaliyet gösteren bir hazır yemek (catering) işletmesinde yapılan çalışmada kalite ölçeği olarak SERVQUAL ölçeğinden yararlanılmış, Arısoy,Ş.D.(2017) Niğde il merkezinde bulunan 10 aile sağlığı merkezinde Servqual ölçeğini kullanarak verilen hizmetin kalitesini ölçmüştür. Benzer şekilde, Savaş, H., - Kesmez, A.G. (2014). Hizmet Kalitesinin Servqual Modeli ile Ölçülmesi: Aile Sağlığı Merkezleri Üzerine Bir Araştırma adlı çalışmalarında Denizli ilindeki 15 aile sağlığı merkezinde bu ölçeği kullanarak sunulan hizmet kalitesini ölçmüşlerdir. Yine, Aksaraylı, M., Devebakan, N. (2003). “Sağlık İşletmelerinde Algılanan Hizmet Kalitesinin Ölçümünde SERVQUAL Skorlarının Kullanımı ve Özel Altınordu Hastanesi Uygulaması” başlıklı çalışmalarında Servqual ölçeğini kullanmışlardır.

Hizmet kalitesi boyutlarına yönelik gerçekleştirilen güvenilirlik analizi sonuçlarına göre tüm ifadeler beklenen hizmet kalitesi güvenilirliği güvenilirlik katsayısı, Cronbach's Alpha ( $\alpha$ ) = ,974 ve ölçek ortalaması ise 4,305 ve Gerçekleşen (algılanan) hizmet kalitesi tüm ifadeler güvenilirliği Cronbach's Alpha ( $\alpha$ ) = ,973 ve ölçek ortalaması ise 3,94 olarak bulunmuştur. Her bir boyuta ilişkin gerçekleştirilen güvenilirlik analiz sonuçlarına göre ise boyutları oluşturan ifade sayıları korunmuş olup madde ölçek değerleri ortalamaları ve güvenilirlikleri Tablo 1'de yer almaktadır.

**Tablo 1:** Hizmet Kalitesi Boyutları Güvenilirlik Analizi Sonuçları

(n=295)

<b>Boyutlar Beklenen</b>	<b>bfizik</b>	<b>bgüvenilirlik</b>	<b>bheveslilik</b>	<b>bgüven</b>	<b>bempati</b>
Ortalamalar	4,341	4,333	4,259	4,418	4,127
Güvenilirlik	$\alpha=0.921$	$\alpha=0.924$	$\alpha=0.888$	$\alpha=0.918$	$\alpha=0.906$
İfade Sayı	4	5	4	4	5
<b>Boyutlar Algılanan</b>	<b>afizik</b>	<b>agüvenilirlik</b>	<b>aheveslilik</b>	<b>agüven</b>	<b>aempati</b>
Ortalamalar	3,66	3,987	3,9981	4,036	3,906
Güvenilirlik	$\alpha=0.853$	$\alpha=0.920$	$\alpha=0.891$	$\alpha=0.929$	$\alpha=0.916$
İfade Sayısı	4	5	4	4	5

Kaynak: Yazar tarafından oluşturulmuştur.

## 2.5 ARAŞTIRMA BULGULARI

### 2.5.1 Örneklemin Özelliklerine İlişkin Bulgular

Örneklemin özellikleri dikkate alındığında ankete katılanların %59,3'ü kadınlardan %40,7'si ise erkeklerden oluşmaktadır. Kolayda örnekleme yöntemiyle toplanan veriler dikkate alındığında, verilerin toplandığı dönemde kadınların ankete katılma oranlarının yüksekliği aynı zamanda o dönemde birinci basamak sağlık hizmetlerinde yer alan Aile sağlığı merkezinden daha çok kadınların yararlandığına ve hizmet aldığına şeklinde bir algıya neden olabilecektir. Ancak bu durumun toplumda özellikle koruyucu sağlık hizmetlerinden (çocuk sağlığı, aşılamalar, gebe takibi, 15-49 yaş izlemi vb.) dolayı bu hizmetlere erişimin kadına düşen bir görev olarak yüklenmesinin bu durumun bir sonucu olabileceği gözden uzak tutulmamalıdır.

**Tablo 2:** Örneklemin Özellikleri

Demografik Özellikler							
Cinsiyet	Kadın	Erkek					
	175 (%59,3)	120 (%40,7)					
Yaş	< 20	20-29	30-39	40-49	50 ve üstü	B.*	
	37 (%12,5)	85 (%28,8)	90 (%30,5)	44 (%14,9)	35 (%11,9)	4 (%1,4)	
Eğitim Durumu	Okuma Yazma Yok	İlkokul	Ortaokul	Lise ve dengi	Üniversite	Lisansüstü	B.*
	10 (%3,4)	91 (%30,8)	43 (%14,6)	93 (%31,5)	52 (%17,6)	3 (%1,0)	3 (%1,0)
İş Türü	Serbest Meslek	İşçi	Memur	Ev Kadını	İşsiz	Emekli	Öğrenci
	31 (%10,5)	77 (%26,1)	39 (%13,2)	88 (%29,8)	27 (%9,2)	16 (%5,4)	14 (%4,7)
Sosyal Güvence	Var	Yok	Özel Sigortalı	B.*			
	253 (%85,8)	33 (%11,2)	4 (%1,4)	5 (%1,7)			
Gelme	1-5 kez	6-10 kez	11-20 kez	21 ve üzeri	B.*		

<b>Sıklığı</b> <b>(Yılda)</b>				<b>kez</b>			
	140 (%47,5)	93 (%31,5)	40 (%13,6)	17 (% 5,8)	4 (%1,7)		
<b>Aylık Gelir</b> <b>(TL)</b>	<b>&lt; Asgari ücret</b>	<b>Asgari ücretli</b>	<b>2000-2999</b>	<b>3000-4000</b>	<b>4000 üzeri</b>	<b>B.*</b>	
	40 (%13,6)	137 (%46,4)	53(%18,0)	29 (%9,8)	18 (%6,1)	18 (%6,1)	
<b>Aile Sağlık Merkezi Kullanımı</b>	<b>1 yıldan az</b>	<b>1-2 yıl</b>	<b>2-3 yıl</b>	<b>3 yıl ve üzeri</b>	<b>B.*</b>		
	45 (%15,3)	84 (%28,5)	78 (%26,4)	85 (%28,8)	3 (%1,0)		

**B\*= Boş-Yanıtsız**

Kaynak: Yazar tarafından oluşturulmuştur.

Araştırmaya katılanları yaşa göre dağılımları dikkate alındığında 20 ile 49 yaş arasında (%73,2) katılımcının ağırlıklı olarak yer aldığı görülmektedir. Bu durumun üreme ve çalışma yaşamı açısından üretken bir nüfus aralığında yer alan aktif bir döneme denk geldiği söylenebilir. Özellikle sağlık politikalarında üreme sağlığına yönelik bu durumun dikkate alınarak çalışmaların yapılması önemlidir. Diğer taraftan ankete katılanların eğitim durumu dikkate alındığında, en çok eğitim düzeyi lise ve dengi ile altında yer alanlar tarafından aile sağlığı merkezinin tercih edildiği, katılımcıların ağırlıklı olarak ev kadınları (%29,8) ve işçilerden (%26,1) oluştuğu, %85,8'inin sosyal güvencesinin olduğu görülmektedir. Ancak gelir durumları dikkate alındığında asgari ücretli (%46,4) ve asgari ücret altında çalışanların (%13,6) oldukça fazla katılımı aile sağlığı merkezini tercih ettiği de ortaya çıkmaktadır. Ankete katılanların Aile Sağlığı Merkezi'ne gelme sıklıklarına bakıldığında bir yıl ve üzerinde aile sağlığı merkezine kayıtlı oldukları (%84,7) ve koruyucu hizmetlere ve ayaktan tedaviye yılda 1 ile 10 kez arasında giden hasta ve hasta yakınının %79 olduğu görülmektedir.

### 2.5.2. Hizmet Kalitesi Boyutlarına Yönelik Bulgular

Tablo 3 beklenen ve algılanan hizmet kalitesi boyutlarına ilişkin farklılıkları göstermektedir. Gerçekleştirilen nonparametrik test (Wilcoxon) sonucunda

beklenen ve algılanan hizmet kalitesi boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık teşhis edilmiş olup, tüm boyutlar için algılanan hizmet kalitesinin beklenen hizmet kalitesinden düşük olduğundan H1,H2,H3,H4 ve H5 hipotezleri anlamlı farklılık nedeniyle kabul edilmiştir.

Hizmet kalitesi boyutlarında en önemli farklılığın *olumsuz anlamda fiziksel varlıklar* boyutundadır. Ki bu boyuta karşılık gelen soru ifadeleri içinde aile sağlığı merkezinin bulunduğu binanın fiziksel imkanlarının, muayene salonlarının, bekleme salonlarının, havalandırmanın ,aydınlatmanın vb. yeterli olup olmadığı, merkezde kullanılan modern araç gereç ve donanım ile sağlık hizmeti verirken kullanılan malzemelerin ve ekipmanlar ile çalışan personelin temiz ve düzgün görünümde olup olmadığı soruları vardır. Bu sorular sonucunda hastalar hizmet verilen binadan hoşnut olmadıklarını belli etmişlerdir.

Hizmet kalitesinin güvenilirlik boyutundan memnun olmama durumu ikinci sırada gelmektedir. Hizmet alıcılar hizmeti sunanların kısa tabirle sözünün arkasında durmasını ve en kısa sürede ve eksiksiz olarak hizmeti vermesini istemektedirler.

Hizmet kalitesinin heveslilik boyutuna baktığımızda, istatistik olarak empati boyutundan sonra en az farklılık bu boyutta çıkmıştır. Bu boyuttaki soru ifadelerine karşılık gelen cevaplara bakıldığında çalışanların önceliğinin hastalar olduğu ve hastaların isteklerinin belirtilen zaman aralığında ve en kısa sürede cevaplandırıldığı görülmektedir.

Hizmet kalitesinin güven boyutu hem beklenen hem de algılanan hizmet kalitesinde istatistik olarak en yüksek puanları almasına rağmen, beklentinin çok yüksek olması algılananın ise bu beklentiye tam olarak karşılamaaması nedeniyle negatiflikte üçüncü sırada çıkmıştır. Bu kalite boyutuna bakarak aslında hastaların beklentilerinin en çok doktorlar ve ebe-hemşirelerden olduğu , verilen hizmetlerden de en çok doktor ve ebe -hemşirelerin verdiği hizmetten memnun olduğu anlaşılmaktadır.

Hizmet kalitesinin empati boyutunda en az farklılığın olduğu yani hastaların hizmet kalitesinin diğer boyutlarına göre en çok empati boyutundan memnun olduğu görülmektedir. Bu boyuta karşılık gelen soru ifadelerine göre çalışan personelin hastalar için elinden gelenin en iyisini yapmaya çalıştığını, hastaların menfaatlerini her şeyin üzerinde tutup, hastalara bireysel ilgi gösterip kendilerini özel

hissettirdikleri ve aile sağlığı merkezinin çalışma saatlerinin hastalar için en uygun zaman diliminde olduğu sonucu istatistiksel olarak ortaya çıkmaktadır.

Servqual leği kullanılarak yapılan ölçüme göre çalışmanın uygulandığı aile sağlığı merkezinin algılanan hizmet kalitesi beklenen hizmet kalitesinden negatif olarak ayrışmaktadır.

**Tablo 3:** Tanımlayıcı İstatistikler

	N	Ortalama	Standart Sapma	Minimum	Maximum
bfizik	280	4,3411	,84493	1,00	5,00
bgüvenilir	276	4,3333	,78247	1,00	5,00
bheveslilik	275	4,2591	,79167	1,00	5,00
bgüven	275	4,4118	,71653	1,00	5,00
bempati	267	4,1273	,84246	1,00	5,00
afizik	268	3,6642	,88506	1,00	5,00
agüvenilirlik	263	3,9871	,84708	1,00	5,00
aheveslilik	265	3,9981	,79832	1,00	5,00
agüven	264	4,0360	,86032	1,00	5,00
aempati	265	3,9064	,86023	1,00	5,00

Kaynak: Yazar tarafından oluşturulmuştur.

#### Test Statistics

Z Asymp. Sig. (2-tailed)

afizik - bfizik -10,104<sup>b</sup> .000

agüvenilirlik - bgüvenilir -6,959<sup>b</sup> .000

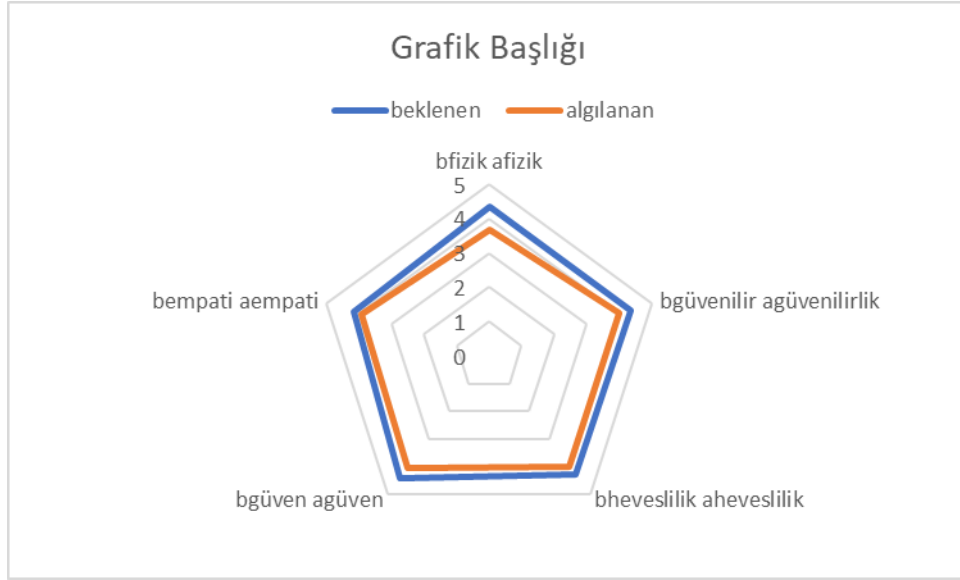
aheveslilik - bheveslilik -5,587<sup>b</sup> .000

agüven - bgüven -6,775<sup>b</sup> .000

aempati - bempati -3,703<sup>b</sup> .000

a. Wilcoxon Signed Ranks Test b. Based on positive ranks.

**Şekil 5:** Beklenen ve Algılanan Hizmet Kalitesi Boyutlarının Karşılaştırılması



Kaynak: Yazar tarafından oluşturulmuştur.

## SONUÇ

Servqual Ölçeği kullanarak yapılan çalışmamızda tüm boyutlar düzeyinde algılanan hizmet kalitesi, beklenen hizmet kalitesinin altında sonuçlar vermiştir. Ancak algılanan hizmet kalitesi sonuç puanı her boyutta Likert ölçek puan ortalamasının üzerinde gerçekleşmiştir. Bu da hastaların tüm boyutlarda tam olmasa da verilen hizmetlerin kalitesinden kısmen de olsa bir memnuniyetinin olduğunu ancak beklenen hizmet kalitesine göre ise memnuniyetinin yeterli olmadığını göstermektedir.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin bir sunum modeli olan aile hekimliği uygulamasında hizmeti alan hastaların, bu hizmeti alırken aile sağlığı merkezinin kalite boyutunda *fiziki varlıklardan en az memnun* olduğu istatistiki sonuç olarak karşımıza çıkmıştır. Benzer sonuç Arısoy,Ş.D.(2017 )nin Niğde il merkezinde bulunan 10 aile sağlığı merkezinde Servqual ölçeğini kullanarak verilen hizmetin kalitesini ölçtüğü çalışmada ve Savaş, H., - Kesmez, A.G. (2014) nin Denizli ilindeki 15 aile sağlığı merkezinde SERVQUAL ölçeğini kullanarak yaptıkları çalışmada da görülmüştür. Bu nedenle politika planlayıcıların ve uygulayıcıların yeni bir sağlık merkezi kurulurken binanın görseelliğine ve işlevselliğine önem vermesinin hizmetin kalitesinin iyi olarak algılanmasına katkı sağlayacağı ortadadır. Hastaların hizmet aldıkları aile sağlığı merkezinden hizmet kalitesinin *empati* boyutunda (doktor,ebe,hemşire) *en çok memnun olduğu* istatikselsel olarak anlam kazanmıştır.

Hizmet kalitesinin diğer boyutlarında ise memnuniyet açısından empatiden sonra sırasıyla heveslilik, güven ve güvenilirlik gelmektedir. Bu da buradaki eksikliğin hizmet içi eğitimler, davranış seminerleri vb. giderilebileceğini göstermektedir.

Aile sağlığı merkezini bu çalışmaya göre daha çok asgari ücret ve altında geliri olanların tercih ettiği belirgin bir biçimde istatistiki sonuç olarak karşımıza çıkmaktadır. O nedenle bu çalışmada yukarıda söz edilen bulgular dikkate alındığında söz konusu aile sağlığı merkezinin tercih edilmesinde yaşam koşulları ve geçim şartlarının mı? Yoksa hizmet sunumunda ortaya konan empatinin mi? Etkili olduğu sorgulanmalıdır. Ayrıca çalışmanın yapıldığı aile sağlığı merkezinin bulunduğu yerleşkedeki sosyo-ekonomik çevreninde daha sonraki çalışma ve

analizlerde dikkate alınması gerekmektedir. Neticede bu çalışma sadece belirli bir bölgedeki insanlar ve onların algılamaları üzerinden yapılmıştır. Bize sadece yapılabilecekler hakkında bir fikir verebilir. Bütün aile sağlığı merkezlerinde hizmet kalitesinin iyi veya kötü olduğunun genellemesi yapılamaz.. Bunu söyleyebilmek için bu çalışmanın diğer sağlık merkezlerinde de yapılması gerekir.

Kanımcı Sağlık Bakanlığımızın sağlık hizmetlerini planlarken belli aralıklarla Aile Sağlığı Merkezlerinin hizmet kalitesini ölçmesinin; hizmetin planlanması ve hizmetin kalitesinin geliştirilmesi ve böylece hasta memnuniyetinin artmasında fayda sağlayacağı aşıkardır.

Bu çalışma beklenen ve algılanan hizmet kalitesini Servqual ölçeğine göre belirlemeyi amaçladı. Gelecekteki araştırmacılar bu modele dayalı olarak farklı alanlardaki hizmet kalitesini ölçmeli bunun yanında başka değişkenlerle örneğin demografik ve kültürel unsurları dikkate alarak araştırmalar tasarımıyarak literatüre ve uygulamaya önemli katkılar sağlayabilirler.

## KAYNAKÇA

Akbayrak, E. (2005). *Orta Doğu Teknik Üniversitesi Kütüphanesi'nde Hizmet Kalitesi Ölçümü*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Akdağ, R., (2007a). *Nereden Nereye: Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı*, Sağlık Bakanlığı, Ankara.

Akdağ, R.,(2007b). *Sağlık Bakanlığı'nın 2008 Mali Yılı Bütçesinin TBMM Plan ve Bütçe Komisyonuna Sunulması*, 19 Ekim, Ankara.

Akdağ, R. (2008). *İlerleme Raporu 2008 Sağlıkta Dönüşüm Programı*, Sağlık Bakanlığı, Ankara.

Aksaraylı, M., Devebakan, N. (2003). *Sağlık İşletmelerinde Algılanan Hizmet Kalitesinin Ölçümünde SERVQUAL Skorlarının Kullanımı ve Özel Altınordu Hastanesi Uygulaması*. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*,5(1):38-54.

Aktan, C., Işık, A. (2005). *Sağlığın Korunması ve Geliştirilmesine Yönelik Evrensel Sağlık Bildirgelerine Toplu Bir Bakış*. (14 Haziran 2010).

Asil, H., Okumuş, A. (2007). *Hizmet Kalitesi Algılamasının Havayolu Yolcularının Genel Memnuniyet Düzeylerine Olan Etkisinin İncelenmesi*. *İ.Ü. İşletme Fakültesi İşletme Dergisi*. 36(2):07-29.

Bilgel, N. (2006). *Aile Hekimliği*. Bursa: Medikal Tıp Kitabevi.

Bülbül, Hasan., Demirer, Ö. (2007). *Hizmet Kalitesi Ölçüm Modelleri Servqual ve Serperf'in Karşılaştırmalı Analizi*. İnt.Erişim: (10 Haziran 2010).

Collier, D.A. 'The Customer Service and Quality Challenge' *Service Industries Journal*. 7(1),1987,77-90.

Cronin,J.J. Taylor,S.A . 'SERVPERF Versus SERVQUAL:Reconciling Performans –Based and Perceptions-Minus- Expectations Measurements of Service Quality' *Journal of Marketing*. 58(January),1994,125-131

Demirel, Y. (2007). *Örgütsel Bağlılığın İç Hizmet Kalitesi Üzerine Etkisi:*

*Kamu ve Özel Sektör Çalışanları Üzerine Bir Araştırma*. İnt.Erişim(06 Haziran 2010).

Değermen Anıl (2006). *Hizmet Ürünlerinde Kalite, Müşteri Tatmini ve Sadakati, Hizmet Kalitesi İle Müşteri Sadakatinin Sağlanması ve GSM Sektöründe Bir Uygulama*, İstanbul: Türkmen Kitapevi

Devebakan, N. (2006). *Sağlık İşletmelerinde teknik ve algılanan Kalite*. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi Cilt 8 ,Sayı 1, 2006: 121-149

Eleren, A., Bektaş, Ç. ve Görmüş, A. (2007). *Hizmet Sektöründe Hizmet Kalitesinin Servqual Yöntemi ile Ölçülmesi ve Hazır Yemek İşletmesinde Bir Uygulama*. *Finans Politik& Ekonomik Yorumlar*. 44(514):75-88.

Erdem, R., Rahman, S. (2008). *Hasta Memnuniyetinin Hasta Bağlılığı Üzerine Etkisi*. *Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, (31):95-110.

Eroğlu, E. (2005). *Müşteri Memnuniyeti Ölçüm Modeli*. *İ.Ü. İşletme Fakültesi İşletme Dergisi*, 34(1):7-25.

Ersöz, S., Pınarbaşı, M., Türker, A. ve Yüzükırmızı, M. (2009). Hizmet Kalitesinin Servqual Metodu ile Ölçümü ve Sonuçların Yapısal Esitlik Modelleri ile Analizi: Öğretmenevi Uygulaması. *Int.J.Eng.Research&Development*, 1(1).

Gülmez, M., Kitapçı, O. (2008). Hastane Hizmet Kalitesi ve Bir Uygulama. *H.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 26(1):165-186.

Karatepe, S. (2008). İtibar yönetimi: Halkla İlişkilerde Güven Yaratma. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi Kış-2008*, 7(23):77-97.

Karcıoğlu, F., Timuroğlu, M., Çınar, O. (2009). Örgütsel İletişim ve İş Tatmini İlişkisi Bir Uygulama. *20(63):59-76*.

Kavuncubaşı, Ş. (2000). *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*, Ankara;Siyasal Kitabevi.

Kıdak,L.B.,Nişancı,Z.N., Burmaoğlu,S. (2015). Sağlık Hizmetlerinde Kalite Ölçümü: Kamu Hastanesi Örneği. *YÖNETİM VE EKONOMİ Yıl:2015 Cilt:22 Sayı:2 Celal Bayar Üniversitesi İ.İ.B.F. MANİSA*

OECD Reviews Of Health Systems Turkey. (2008). *Bölüm 3, Türk Sağlık Sisteminin Belirleyicileri ve Performansı,Sağlık Sistemi İncelemeleri– Türkiye – isbn 978-975-590-282-1 – OECD ve IBRD/Dünya Bankası 2008*

Okumuş, A., Duygun, A. (2008). Eğitim Hizmetlerinin Pazarlanmasında Hizmet Kalitesinin Ölçümü ve Algılanan Hizmet Kalitesi ile Öğrenci Memnuniyeti Arasındaki İlişki. *Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 8(2):17–38.

PARASURAMAN, A., ZEITHAML, V.A., & BERRY, L.L., (1988), SERVQUAL: A MultipleItem Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality, Executive Summaries, *Journal of Retailing*. Spring p. 12-38.

Peşkircioğlu, N. (1997). *Kalite Yönetiminde ISO 9000 Uygulamaları*. Ankara: Milli Prodüktivite Merkezi Yayınları No:620.

Sağlık Bakanlığı,TC. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun

Sayısı:224, R.G. Tarihi:12.01.1961, R.G. Sayısı:10705, Madde 2.

<https://www.saglik.gov.tr/TR-10388/sayisi224--rg-tarihi12011961--rg-sayisi10705-saglik-hizmetlerinin-sosyallestirilmesi-hakkinda-kanun.html>(Erişim,07.01.2025).

Sağlık Bakanlığı TC. (2004).Aile Doktorları İçin Kurs Notları 1.Basım Ankara,2004.sayfa 5

Saat, M. (1999). Kavramsal Hizmet Modeli ve Hizmet Kalitesini Ölçme Aracı Olarak

Servqual Analizi. *G.Ü İİBF Dergisi*, 3(99):107-118.

Savaş,H., - Kesmez,A.G. (2014). Hizmet Kalitesinin Servqual Modeli ile Ölçülmesi: Aile Sağlığı Merkezleri Üzerine Bir Araştırma, Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Sayı 17, 2014, Sayfa 1-13.

Sayım, F. (2011). *Sağlık Piyasası ve Etik*. Bursa: MKM Yayıncılık.

Şahin, A., Şen, S. (2017). Hizmet Kalitesinin Müşteri Memnuniyeti Üzerine Etkisi. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*,10(52):1176-1184.

Tatar, M. (2006). Genel Sağlık Sigortası:Teori ve Uygulamalar. *Makro Bakış Dergisi*, (2).

Taşkın, E. (2000), Müşteri İlişkileri Eğitimi, Papatya Yayıncılık, İstanbul.

Taylor, S.S. Cronin,J.J. ‘Modeling Patient Satisfaction and Service Quality’,Journal of Health Care Marketing, 14(1), 1994, 34-44.

Tengilimoğlu, D., Akbolat, M. ve Işık, O. (2013). Sağlık Kurumlarında Kalite Yönetimi. T.C. ANADOLU ÜNİVERSİTESİ YAYINI NO: 2864 AÇIKÖĞRETİM FAKÜLTESİ YAYINI NO: 1821, Ocak 2013 Eskişehir.

Uyguç, N. (1998). *Hizmet Sektöründe Kalite Yönetimi Stratejik Bir Yaklaşım*. Dokuz Eylül Yayınları.1.Baskı:İzmir, Aralık 1998.

Uyguç,N.Arbak,Y (1994). ‘Hasta –Doktor Etkileşimi ve Algılanan Hizmet Kalitesi’, II.Ulusal Yönetim Kongresi. D.E.Ü.İ.F. Yayınları: 1.1994, 42-65.

Varinli, İ., Çakır, A. (2004). Hizmet Kalitesi, Değer, Hasta Tatmini ve Davranışsal Niyetler Arasındaki İlişki – Kayseri’de Poliklinik Hastalarına Yönelik Bir Araştırma. *Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 17(2):33-52.

Yağcı, İ., Duman, T. (2006). Hizmet Kalitesi - Müşteri Memnuniyeti İlişkisinin Hastane Türlerine Göre Karşılaştırılması: Devlet, Özel ve Üniversite Hastaneleri Uygulaması. *Doğuş Üniversitesi Dergisi*, 7(2):218-238.

Yeğinboy, Y. (1993). *Ulusal Düzeyde Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi*. İzmir: Dokuz Eylül Yayınları.

Yücel, D., Erkut, H. (2003).Bilişim Teknolojilerinin Çalışma Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. *İTÜ Dergisi/d Mühendislik*. 2(2):49-59.

Yücel, M. (2013). Toplam Hizmet Kalitesinin Servqual Analizi İle Ölçümü: Bankacılık Sektöründe Bir Araştırma. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 12(44):82-106.

Zerenler, M., Ögüt A. (2006). Sağlık Sektöründe Algılanan Hizmet Kalitesi ve Hastane Tercih Nedenleri Araştırması: Konya örneği. *Selçuk Üniversitesi İİBF Dergisi*, 500-515.

<https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=5258&MevzuatTur=1&MevzuatTertip=5>( erişim tarihi:01.01.2025)

<https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=17051&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5>, *Resmî Gazete Tarihi: 25.01.2013 Resmî Gazete Sayısı: 28539*, (Erişim tarihi:30.12.2024).

<https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.5.4721.pdf> , (Erişim tarihi:07.01.2025).

WHO, june-1948,sayfa 100



**EKLER**

## **EK 1: Anket Formu**

### **Sayın Katılımcı:**

Bu anket aile hekimliği uygulamasında verilen hizmetin kalitesini ölçmek için yapılmaktadır. Vereceğiniz samimi cevaplarla aile hekimliği hizmetinin daha iyi hale getirilmesine yardımcı olacaksınız. Bu ankete katkıda bulunacağınız için teşekkür eder, saygılarımı sunarım.

Abidin Duygulu

### **1. BÖLÜM**

#### **1. Cinsiyetiniz**

a) Kadın b) Erkek

#### **2. Yaşınız**

a) 20 den küçük b)20-29 c)30-39 d)40-49 e)50 ve üzeri

#### **3.Eğitim Durumunuz?**

a) Okuma yazması yok b) İlkokul c) Ortaokul d)Lise  
e) Üniversite f) Lisans üstü

#### **4. İşiniz?**

a)Serbest meslek b)İşçi c) Memur d)Ev hanımı e)İşsiz  
f)Emekli g) Öğrenci

#### **5. Sosyal Güvenceniz var mı?**

a)Var b)Yok c) Özel sigortam var

#### **6. Aile sağlığı merkezine bir yılda gelme sıklığınız?**

a)1-5 kez b)6-10 kez c)11-20 kez d)21 ve üzeri

#### **7.Aylık Geliriniz?**

a)Asgari ücret altı b)Asgari ücretli c)2000-2999 lira d)3000-4000 lira e)4000 ve üzeri

8. Aile sağlığı merkezine ne zamandır geliyorsunuz?

a)1 yıldan az b)1-2 yıl c)2-3 yıl d) 3 yıldan üzeri

Lütfen aşağıdaki ifadelere uygun olan cevaplarımızı (X) ile işaretleyiniz.

## 2. BÖLÜM

		Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne katılıyorum ne katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
B1	Aile Sağlığı merkezleri modern araç ve gereç donanımına sahip olmalıdır					
B2	Aile sağlığı merkezlerinin fiziksel imkanları (bekleme salonu, havalandırma, aydınlatma, muayene salonu vb.) görünüş açısından çekici olmalıdır					
B3	Aile sağlığı merkezinde çalışanlar temiz ve düzgün görünüşlü olmalıdır.					
B4	Sağlık hizmeti verilirken kullanılan malzemeler modern ve kullanışlı olmalıdır.					
B5	Aile sağlığı merkezleri bir işi ne zaman yapacağını taahhüt ediyorsa bu işi o zamanda yapmalıdır.					
B6	Aile sağlığı merkezinde çalışanlar, hastaların bir problemi olduğunda bunu çözmek için samimi bir ilgi göstermelidir.					
B7	Hastalar uygulanan işlemler ilk seferinde ve doğru olarak uygulanmalıdır.					
B8	Aile sağlığı merkezleri hizmetlerini söz verdiği zamanda gerçekleştirmelidir.					
B9	Hastalara ait kayıtlar düzenli ve eksiksiz olarak tutulmalıdır.					

B10	Hastalar hizmetin tam olarak ne zaman yerine getirileceği söylenmelidir.					
B11	Aile sağlığı merkezi çalışanları hizmetleri mümkün olan en kısa sürede vermelidir.					
B12	Aile sağlığı merkezi çalışanları her zaman hastaya yardım etmeye istekli olmalıdır.					
B13	Aile sağlığı merkezi çalışanları, meşgul dahi olsalar hastaların isteklerine cevap verebilmelidir.					
B14	Aile sağlığı merkezi çalışanları, davranışlarıyla hastalara güven vermelidir.					
B15	Hastalar aile sağlığı merkezi çalışanları ile ilişkilerinde kendini güvende hissetmelidir.					
B16	Aile sağlığı merkezi çalışanları hastalara karşı kibar olmalıdır.					
B17	Aile sağlığı merkezi çalışanları, hastaların sorularına cevap verebilecek yeterli bilgi seviyesine sahip olmalıdır.					
B18	Aile sağlığı merkezinde ihtiyaçları doğrultusunda hastalara bireysel ilgi gösterilmelidir.					
B19	Aile sağlığı merkezi çalışanları hastalara kendilerini özel hissettirmelidir.					
B20	Aile sağlığı merkezi çalışanları hastaların menfaatlerini her şeyin üzerinde tutmalıdır.					
B21	Aile sağlığı merkezi çalışanları için elinden gelenin en iyisini yapmalıdır.					
B22	Aile sağlığı merkezinin çalışma saatleri hastalar için en uygun zaman diliminde olmalıdır.					

Lütfen aşağıdaki ifadelere uygun olan cevaplarımızı (X) ile işaretleyiniz.

### 3. BÖLÜM

		Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne katılıyorum ne katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
A1	Aile Sağlığı merkezleri modern araç ve gereç donanımına sahiptir.					
A2	Aile sağlığı merkezlerinin fiziksel imkanları (bekleme salonu, havalandırma, aydınlatma, muayene salonu vb.) görünüş açısından çekicidir					
A3	Aile sağlığı merkezinde çalışanlar temiz ve düzgün görünüşlüdür.					
A4	Sağlık hizmeti verilirken kullanılan malzemeler modern ve kullanışlıdır.					
A5	Aile sağlığı merkezleri bir işi ne zaman yapacağını taahhüt ediyorsa bu işi o zamanda yapar.					
A6	Aile sağlığı merkezinde çalışanlar, hastaların bir problemi olduğunda bunu çözmek için samimi bir ilgi gösterir.					
A7	Hastalar uygulanan işlemler ilk seferinde ve doğru olarak yapılmaktadır.					
A8	Aile sağlığı merkezleri hizmetlerini söz verdiği zamanda gerçekleştirir.					
A9	Hastalara ait kayıtlar düzenli ve eksiksiz olarak tutulmaktadır.					
A10	Hastalar hizmetin tam olarak ne zaman yerine getirileceği söylenmektedir.					
A11	Aile sağlığı merkezi çalışanları hizmetleri mümkün olan en kısa sürede vermektedir.					
A12	Aile sağlığı merkezi çalışanları her zaman					

	hastaya yardım etmeye isteklidir.					
A13	Aile sağlığı merkezi çalışanları, meşgul dahi olsalar hastaların isteklerine cevap verebilmektedir.					
A14	Aile sağlığı merkezi çalışanları, davranışlarıyla hastalara güven vermektedir.					
A15	Hastalar aile sağlığı merkezi çalışanları ile ilişkilerinde kendini güvende hissetmektedir.					
A16	Aile sağlığı merkezi çalışanları hastalara karşı kibardır.					
A17	Aile sağlığı merkezi çalışanları, hastaların sorularına cevap verebilecek yeterli bilgi seviyesine sahiptir.					
A18	Aile sağlığı merkezinde ihtiyaçları doğrultusunda hastalara bireysel ilgi gösterilmektedir.					
A19	Aile sağlığı merkezi çalışanları hastalara kendilerini özel hissettirmektedir.					
A20	Aile sağlığı merkezi çalışanları hastaların menfaatlerini her şeyin üzerinde tutmaktadır.					
A21	Aile sağlığı merkezi çalışanları için elinden gelenin en iyisini yapmaktadır.					
A22	Aile sağlığı merkezinin çalışma saatleri hastalar için en uygun zaman dilimindedir.					