

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

SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE YÖNETİMİ, SERVQUAL ANALİZ
İLE DEĞERLENDİRİLMESİ
VE
ANKARA ULUS DEVLET HASTANESİNDE UYGULAMA

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Hazırlayan
Gülsün TAŞKIRAN MOHAMMAD

Tez Danışmanı
Yrd.Doç.Dr. Mesiha SAAT

Ankara-2007

Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğü'ne

Gülsün Taşkiran'a ait Sağlık Hizmetlerinde Kalite lm ve Ankara Ulus Devlet Hastanesinde Servqual Analizle llmesi adlı çalışma, jürimiz tarafından İşletme Ana Bilim Dalında YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Başkan

Prof.Dr.Dilaver TENGİLİMOğLU

ye

Yrd. Doç. Dr. Mesiha SAAT ERSOY

ye

Doç. Dr. Abdullah ERSOY

ÖNSÖZ

Günümüzde bireylerin; sağlığa verdikleri önemin artması, sağlık hizmetlerinde kaliteli bakım isteğinin yaygınlaşması ve sağlık hizmeti ihtiyacı hissettiklerinde ilgili kuruluşlar arasında daha seçici davranmaları, sağlık kuruluşları arasındaki rekabetin gündeme gelmesine sebep olmuştur. Bu rekabete neden olan faktörlerden birisi de sağlık hizmeti sunan kuruluşların sayılarının giderek artması ve teknolojinin hızla gelişmesidir. Küreselleşmeden söz eteğimiz, Avrupa Birliği kapılarını zorladığımız günümüzde hızlı gelişme ve değişmeden tüm işletmeler etkilenmekte, hem kendileri hem de müşterileri için en iyiyi, en kaliteliyi aramaktadırlar. Bu sebeple sağlık işletmelerinde verilen hizmetin müşteriler tarafından nasıl algılandığı somut olarak tespiti önem arz etmektedir.

Hizmet sektöründe algılanan kalitenin ölçülmesi konusunda çeşitli araştırmalar yapılmıştır. SERVQUAL modeli de hizmet kalitesinin ölçmek için geliştirilmiş, hizmet üreten işletmeler açısından yeni ufuklar açan oldukça yeni ve faydalı bir metottur. Hizmet işletmelerinin algılanan hizmet kalitesini ölçmeye yönelik olarak geliştirilen SERVQUAL ölçeği, günümüzde sağlık hizmetlerinin kalite düzeylerini belirlemede kullanıldığı görülmektedir.

Bu tez çalışmasında, hizmet sektöründe yer alan sağlık işletmelerinin içinde olan hastanenin müşterileri üzerinde SERVQUAL Metodu kullananlar, algılanan kalitenin ölçümüne yönelik bir çalışma yapılmıştır.

Araştırma kapsamında örnek hastane olarak, Ankara ilinde bulunan ve hizmet hastanesi olan 200 yataklı Ankara Ulus Devlet Hastanesi seçilmiştir.

Anketin uygulanması sırasında gösterdikleri yardım ve titizlikten dolayı Ankara Ulus Devlet Hastanesinin başta baştabibi olmak üzere ve ilgili tüm personeline;

Tezimim sonuçlarının değerlendirilmesinde yardımlarını esirgemeyen hocam Prof.Dr.Adnan KISA 'ya Öncelikle, hizmet vermiş olduğum organizasyona da katkı sağlaması bakımından tez konumun seçilmesinde göstermiş olduğu isabet ve sağladığı bilimsel destek için Tez danışmam hocam Sayın Yrd.Doç.Dr. Mesiha Saat ERSOY'a teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ.....	II
İÇİNDEKİLER.....	III
KISALTMALAR CETVELİ.....	VII
TABLolar LİSTESİ.....	VIII
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	XI
GİRİŞ.....	1

BİRİNCİ BÖLÜM

HİZMET KAVRAMI

1.1 HİZMET.....	3
1.1.1. Hizmet Sektörüne Genel Bir Bakış.....	3
1.1.2. Hizmet Tanımı.....	5
1.1.3 Hizmetlerin Sınıflandırılması.....	10
1.1.4 Hizmetlerin özellikleri	12
1.1.4.1 Dokunulmazlık(Soyut olma).....	13
1.1.4.2. Hizmetin dayanıksızlığı.....	13
1.1.4.3. Hizmetin heterojen olması(Değişkenliği).....	14
1.1.4.4. Hizmetin Ayrılmazlığı (Üretim-Tüketim Eş Zamanlı)....	14
1.1.4.5. Sahip Olunamamak.....	15
1.1.5 Hizmetleri Mallardan Ayıran Özellikler.....	17
1.1.6 Hizmet Kalite Yönetimi	20
1.1.6.1 Kalitenin Tanımı.....	20
1.1.6.1.1 Üretim Açısından Kalite.....	23
1.1.6.1.2 Hizmetler Açısından Kalite	24
1.1.6.2 Kalitenin Önemi.....	25
1.1.6.3 Kalitenin Tarihsel Gelişimi.....	26
1.1.6.4 Hizmetlerde Kalite.....	29
1.1.6.4.1 Hizmet Kalite Kavramı.....	29
1.1.6.4.2 Hizmet Kalitesinin Boyutları.....	33
1.1.6.4.3 Hizmet Kalite Modelleri.....	35
1.1.6.4.3.1 Grönross'un "Algılanmış Hizmet Kalite Modeli.....	35

1.1.6.4.3.2 Zeithaml'ın Hizmet Kalitesi Boşluk Modeli- Servqual Analiz Yöntemi.....	39
1.1.6.4.3.3 Lehtinen& Lehtinen'in Hizmet Kalite Modeli.....	46
1.1.6.4.3.4 Normann Hizmet Kalite Modeli.....	47
1.1.6.4.3.4 Kano Modeli.....	47

İKİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİ KAVRAMI

2.1 Sağlık Hizmetlerinin Tanımı.....	50
2.2 Sağlık Hizmetlerinde Kalite.....	51
2.3 Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri.....	55
2.3.1 Kolay Kullanılabilirlik.....	55
2.3.2 Kalite.....	56
2.3.3 Süreklilik.....	56
2.3.4 Verimlilik.....	56
2.4 Sağlık Hizmetlerini Diğer Hizmetlerden Ayıran Özellikler.....	57
2.5 Sağlık Hizmetlerinde Talep ve Arz.....	62
2.5.1 Sağlık Hizmetlerinde Talep	62
2.5.2 Sağlık Hizmetlerinde Arz.....	67
2.5.3 Sağlık Hizmetlerinde Piyasa.....	69
2.6 Sağlık Hizmetlerinin Kullanımını Etkileyen Faktörler.....	71
2.6.2 Kolaylaştırıcı Faktörler.....	73
2.6.1 Gereksinim Faktörleri.....	73
2.7 Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması.....	75
2.7.1 Koruyucu Sağlık Hizmetleri.....	75
2.7.1.1 Sağlık Ocağı.....	76
2.7.1.1 Sağlık Evleri.....	77
2.7.1.1 Halk Sağlığı ve Laboratuvarı.....	77

2.7.2 Tedavi Hizmetleri.....	78
2.7.2.1 İlk Basamak, Evde-Ayakta Tedavi Hizmeti.....	79
2.7.2.1 İkinci Basamak, Hastanede Tedavi Hizmeti.....	79
2.7.2.2 Üçüncü Basamak Tedavi Hizmetleri.....	80
2.7.3 Rehabilitasyon Hizmetleri.....	80
2.7.4 Sağlığın Geliştirilmesi.....	81
2.8 Hastaneler Hakkında Genel Bilgiler.....	81
2.8.1 Hastanelerin Tanımı.....	82
2.8.2 Hastanelerin Amaçları.....	83
2.8.3 Hastanelerin Özellikleri.....	84
2.8.4 Hastanelerin Sınıflandırılması.....	87

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİNDE HİZMET KALİTESİNİN ÖLÇÜMÜNE YÖNELİK BİR ARAŞTIRMA

3.1. Sağlık İşletmelerinde Servqual Ölçeğinin Uygulanması.....	90
3.1.1 Araştırma Konusunun Önemi.....	90
3.1.2 Araştırmanın Kapsamı.....	92
3.1.3 Araştırmanın Amacı ve Sınırları.....	93
3.2. Araştırmanın Metodolojisi.....	94
3.2.1. Araştırmanın Değişkenleri.....	94
3.2.2. Araştırmanın Modeli.....	96
3.2.3. Araştırmanın Örneklem Yöntemi.....	96
3.2.4. Verilerin Analizi.....	98
3.2.5. Güvenilirlik Analizleri.....	98
3.2.6. Araştırmaya Yönelik Servqual Skorlarının Hesaplanması.....	101
3.3. Elde Edilen Bulgular, Servqual Skorlarının Değerlendirilmesi.....	104
3.3.1 Anketin Tamamına Ait Değerlendirme.....	106
3.3.2 Fiziksel Özellikler Boyutuna Ait Değerlendirme.....	112
3.3.3 Güvenilirlik Boyutuna Ait Değerlendirme.....	118

3.3.4 Heveslilik Boyutuna Ait Değerlendirme.....	124
3.3.5 Güven Boyutuna Ait Değerlendirme.....	130
3.3.6 Empati Boyutuna Ait Değerlendirme.....	135
 SONUÇ VE ÖNERİLER.....	 142
KAYNAKÇA.....	148
EKLER.....	156
ÖZET.....	160
ABSTRACT.....	161

KISALTMALAR CETVELİ

a.g.e : Adı Geçen Eser
a.g.m : Adı Geçen Makale
c. : Cilt
Çev. Çeviren
Nu : Numara
s. : Sayı
S. : Sayfa
p. : Page
Vol. : Volume

TABLO CETVELİ

Tablo1: Hizmetin Tarihsel Tanımları.....	8
Tablo 2: Hizmetlerin Yazarlara göre sınıflandırılması.....	11-12
Tablo 3: Sanayi ve Hizmet İşletmelerinin Farklılıkları.....	19
Tablo 4: Kişilere Göre Kalitenin Tanımı.....	24
Tablo 5: Boşlukların Oluşmasına Sebep Olan Önemli Faktörler.....	45
Tablo 6: Sağlık Hizmeti Kullanımını Hazırlayıcı Faktörler.....	73
Tablo 7: Sağlık Hizmeti Kullanımını Kolaylaştırıcı Faktörler.....	74
Tablo 8: Sağlık Hizmeti Kullanımını Etkileyen Gereksinim Faktörleri.....	74
Tablo 9 : Örnek Kütlenin Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	97
Tablo 10: Algılanan Kalite Ölçeği Güvenirlilik Katsayıları.....	100
Tablo 11: Beklenen Kalite Ölçeği Güvenirlilik Katsayıları.....	100
Tablo 12: Tüm Anketin Servqual Skorları.....	101
Tablo 13: Boyutların Ağırlık Oranları.....	101
Tablo 14: Sorular Bazında Servqual Skorları.....	102
Tablo 15: Boyutlar Bazında Servqual Skorları.....	102
Tablo 16: Cinsiyet Bazında Boyutlara ait Servqual Skorları.....	103
Tablo 17: Eğitim Durumu Bazında Boyutlara ait Servqual Skorları.....	103
Tablo 18: Yaşlar Bazında Boyutlara ait Servqual Skorları.....	104
Tablo 19: Meslekler Bazında Boyutlara ait Servqual Skorları.....	104
Tablo 20: Algı Anketi İfadelerine Katılma Dereceleri.....	106
Tablo 21: Mesleklere Göre Hizmet Kalitesi Skorlarının Karşılaştırılması. .	108
Tablo 22: Yaşlarına Göre Hizmet Kalitesi Skorlarının Karşılaştırılması....	109
Tablo 23: Eğitim Durumuna Göre Hizmet Kalitesi Skorlarının Karşılaştırılması.....	110
Tablo 24: Cinsiyete Göre Hizmet Kalitesi Skorlarının Karşılaştırılması.....	111
Tablo 25: Yaşlara Göre Fiziksel Özellikler Hizmet Kalitesi Skorlarının Karşılaştırılması.....	113
Tablo 26: Eğitim Durumuna Göre Fiziksel Özellikler Hizmet Kalitesi Skorlarının Karşılaştırılması.....	114

Tablo 27: Cinsiyete Göre Fiziksel Boyutu Hizmet Kalitesi Skorlarının Karşılaştırılması.....	115
Tablo 28: Mesleğe göre Fiziksel Boyutu Hizmet Kalitesi Skorlarının Karşılaştırılması.....	116
Tablo 29: Yaşlara Göre Güvenirlilik Boyutu Hizmet Kalitesi Skorlarının Karşılaştırılması.....	118
Tablo 30: Eğitim Durumuna Göre Güvenirlilik Boyutu Hizmet Kalitesi Skorlarının Karşılaştırılması.....	120
Tablo 31: Cinsiyete Göre Güvenirlilik Boyutu Hizmet Kalitesi Skorlarının Karşılaştırılması.....	121
Tablo 32: Mesleğe göre Güvenirlilik Boyutu Hizmet Kalitesi Skorlarının Karşılaştırılması.....	122
Tablo 33: Yaşlara Göre Heveslilik Boyutu Hizmet Kalitesi Skorlarının Karşılaştırılması.....	124
Tablo 34: Eğitim Durumuna Göre Heveslilik Boyutu Hizmet Kalitesi Skorlarının Karşılaştırılması.....	126
Tablo 35: Cinsiyete Göre Heveslilik Boyutu Hizmet Kalitesi Skorlarının Karşılaştırılması.....	127
Tablo 36: Mesleğe göre Heveslilik Boyutu Hizmet Kalitesi Skorlarının Karşılaştırılması.....	128
Tablo 37: Yaşlara Göre Güven Boyutu Hizmet Kalitesi Skorlarının Karşılaştırılması.....	130
Tablo 38: Eğitim Durumuna Göre Güven Boyutu Hizmet Kalitesi Skorlarının Karşılaştırılması.....	132
Tablo 39: Cinsiyete Göre Güven Boyutu Hizmet Kalitesi Skorlarının Karşılaştırılması.....	133
Tablo 40: Mesleğe göre Güven Boyutu Hizmet Kalitesi Skorlarının Karşılaştırılması.....	134
Tablo 41: Yaşlara Göre Empati Boyutu Hizmet Kalitesi Skorlarının Karşılaştırılması.....	136
Tablo 42: Eğitim Durumuna Göre Empati Boyutu Hizmet Kalitesi Skorlarının Karşılaştırılması.....	138

Tablo 43: Cinsiyete Göre Empati Boyutu Hizmet Kalitesi Skorlarının Karşılaştırılması.....	139
Tablo 44: Mesleğe göre Empati Boyutu Hizmet Kalitesi Skorlarının Karşılaştırılması.....	140

ŞEKİLLER CETVELİ

Şekil 1: Mal-Hizmet Yelpazesi.....	7
Şekil 2: Hizmet Kalitesinde Denge Üçgeni.....	24
Şekil 3: Grönross Algılanan Hizmet Kalitesi.....	37
Şekil 4: Hizmet Kalitesi Modeli.....	41
Şekil 5: Kano Modeli.....	48
Şekil 6: Talep eğrisi ve fonksiyonu.....	64
Şekil 7: Sağlık Bakımında İstek, İhtiyaç Talep.....	66
Şekil 8: Arz Eğrisi ve Fonksiyonu.....	68
Şekil 9: Piyasa Dengesinin Oluşumu.....	69
Şekil 10: Sağlık Hizmetleri Kullanımı Süreci.....	72
Şekil 11: Araştırmanın Modeli.....	95

GİRİŞ

Toplumsal yaşamın yaygınlaşması, teknolojik gelişmeler ve insanların refah düzeyinin artmasına paralel olarak tüketici bilincinde meydana gelen değişimler doğal olarak hizmet sektörünün önemini her geçen gün daha çok ön plana çıkartmaktadır. Müşteriler bir bedel ödedikleri mal veya hizmetin sadece satın alma maliyetini değil, işletme maliyetini de düşünmekte, dolayısı ile o mal veya hizmetten elde edeceği toplam faydayı hesap etmektedirler. Kalite işletmelerin ayakta kalabilmeleri için en önemli etkidir. Müşteriler sadece hizmetin fiyatına değil de hizmetlerin çeşitliliği yanında müşterinin tatmini ve kalite de önem arz etmektedir.

Sağlık hizmetlerinde son zamanlarda ödediği bedelin karşılığını almayı bekleyen ve kaliteli hizmet talep eden, hizmeti alırken bilgilendirilmek isteyen ve bu nedenle de sorgulayıcı olan bilinçli bir tüketici kesimi görmekteyiz. Hastalar, sağlık bakım hizmetinin kalitesinin teknik yönünü değerlendirmek için yeterli bilgiye sahip değildir. Hizmet sektörü kalite ölçümü mal üretimindeki kalite ölçümü kadar kolay olmamakta, içinde psikolojik, sosyal ve insani değerler barındıran boyutlar taşımaktadır. Dolayısıyla, hizmeti alırken karşılaştıkları dostça, samimi ilişkiler, hastanenin temizliği ve konforu, doktor, hemşire ve diğer sağlık personeline ulaşabilme ve iletişim kurabilme gibi birçok faktör, kalitenin değerlendirilmesinde önemli konular arasında yer almaktadır.

Servqual Metodu hizmet kalitesini ölçmek için geliştirilmiş hizmet üreten işletmeler için yeni ufuklar açan oldukça yeni ve faydalı bir metottur. Bu ölçüm metodu sayesinde sektör içinde işletmenin hangi seviyede hizmet sunduğu ölçülebileceği gibi, işletmenin periyodik olarak hizmet kalitesinin ölçümüyle sürekli kontrolü ve başarısı gözlemlenmiş olacaktır.

Tez çalışmasının birinci bölümünde; hizmet, hizmetlerde kalite ve modelleri hakkında genel bilgiler verilmiştir.

Tez çalışmasının ikinci bölümünde; Sağlık hizmetleri ve özellikleri sağlık hizmetlerinde kalite ve hastaneler hakkında genel bilgiler verilmiştir. Tez konusun kavramsal çerçevesi hakkında açıklamalarda bulunulmuştur.

Tez çalışmasının üçüncü bölümünde ise, SERVQUAL ölçeği uygulanarak Ankara Ulus Devlet Hastanesinde hizmet kalitesinin ölçümüne yönelik yapılan araştırmaya ve elde edilen bulguların değerlendirmelerine yer verilmiştir.

Bu tezde Servqual metodu anlatılmadan önce hizmet kalitesi ile ilgili bir takım genellemeler yapılmıştır. Ankara Ulus Devlet Hastanesinde modeldeki kalite boyutları kullanılarak anket çalışmaları yapılmıştır.

BİRİNCİ BÖLÜM

HİZMET KAVRAMI VE HİZMETLERDE KALİTE YÖNETİMİ

1.1 HİZMET

1.1.1. Hizmet Sektörüne Genel Bir Bakış

Hizmet sektörünün gelişmesi, ikinci dünya savaşından sonra hızlanmıştır. Bu hızlanmanın en önemli nedenlerinden birisi, endüstri sektöründe uygulanan yönetim ve işletmecilik tekniklerinin hizmet sektöründe de kullanılmaya başlamasıdır. Bugün modern toplumlarda hizmet sektörünün büyüklüğü bir ülkenin gelişmişlik derecesini ölçen kriterlerden biri olarak kabul edilmektedir.¹

Gelişmiş ülkelerin ulusal gelirin %70 i hizmet sektöründen sağlanmakta ve hizmet sektöründeki gelişmişlik öteki sektörleri geride bırakmaktadır.²

Günümüzde hizmet sektörünün önemi gün geçtikçe artmaktadır. Dolayısıyla en hızlı gelişen teknolojiler ve yenilikler de bu sektörde görülmektedir. Bu gelişmelerin göstergesi, özellikle gelişmiş ülkelerde klasik sanayi ve klasik imalatçılık anlayışından uzaklaşılması, bu klasik anlayışın yerini hizmet anlayışının alması ile bilim ekonomisi ve hizmet sektörüne verilen önemin artışı olmaktadır. Bu olgu 20. yüzyılın en belirgin değişikliklerinden biridir. Söz konusu çağdaş yaklaşımda gelecekte beklenen, işletmelerin faaliyetlerini özellikli ürünler ile bilgi ve hizmet alanlarında yoğunlaştıracığı yönündedir. Bu konudaki eğilimler, A.B.D. ve İskandinav ülkeleri gibi gelişmiş ülkelerin ekonomik faaliyetlerinin temel

¹Mehmet KARAFAKİOĞLU: Sağlık Hizmetleri Pazarlaması,(İstanbul Ü.İşletme Fakültesi,Yayın No:271,1998),111

²H.Ahmet İSLAMOĞLU: Pazarlama Yönetimi,(İstanbul ,Beta Basım Yayım,1999),27

yapılarında bir değişiklik yaşadıklarını, değer yaratan sektörlerin oranlarının değiştiğini ve artık bu ülkelerin gayri safi milli hasıllarının yaklaşık üçte ikisinin tarım ve sanayii dışı faaliyetlerden geldiğini göstermektedir³

Hizmet sektörü 1980'lerden sonra hız kazanmıştır

ABD'de, resmi istatistiklere göre, hizmetlerin milli gelir (GSMH)'deki payı 1945'de 1/3 iken, 1990'da 1/2'yi biraz (%33'den %51'e) geçmiştir. Toplam istihdam içinde hizmetlerin payı 1970'de %55 iken, 1993'de %79'a çıkmıştır.

Hizmet sektörünün birçok ülkenin Gayri Safi Milli Hasılası'ndaki payı giderek artmaktadır ayrıca sektör istihdam sağlama açısından da ilk sıralarda yer almaktadır. Hizmet sektörünün büyümesi ürün özelleştirilmesi, gelirin artışı ve ekonomik modernizasyonu da beraberinde getirmektedir.

Ülkemizin kalkınmasına en önemli katkılardan birinin de hizmet sektörünün sağladığı görülmektedir. Sektörün GSMH içindeki payı 2003 yılı için % 68,2'dir. Dünyada sektörde yaşanan serbestleşmenin ülkemiz firmaları açısından da önemli fırsatlar yaratacağı düşünülmektedir.⁴

Genel olarak bir ülkenin ekonomisi geliştikçe ve endüstrileşme düzeyi arttıkça, hizmetlerin önemi hızla artmakta hatta bu artış endüstridekinden daha hızlı olmaktadır.

Hizmet sektörünün özellikle gelişmiş ülkelerde 2.Dünya Savaşı'ndan sonra hızla büyümesinin çeşitli nedenleri vardır:

- Bilgisayar ve telekominikasyondaki hızlı gelişmelerin yol açtığı bilgi çağına geçiş;
- Tarım ekonomisinden sanayi ekonomisine geçiş,

³ Orhan İÇÖZ, İge TAYMERGEN, Pınar ÖZDEMİR: Hizmet Pazarlamasında İnternet Kullanımı , "Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi "(Sayı:3, 1999),27-40

⁴ Türkiye'nin Hizmet Sektörü İhracatı ve Geliştirilmesine Yönelik Öneriler: <http://www.igeme.org.tr/tur/pratik/hizmetson.pdf>

- Nüfusun yaşlanması ve ortalama ömrün uzaması,
- İnsanların iş dışındaki zamanlarının artması,
- Kişi başına düşen gelirin artması,
- Kadınların iş hayatına katılımının artması,
- Sosyo kültürel değerlerin değişmesi ve mal üretim teknolojisindeki gelişmeler,⁵

Hizmet sektörünün ve hizmet anlayışının gelişmesine etki eden diğer faktörler şunlardır.⁶

- Rekabetin artması,
- Kamu denetimin artması,
- Zenginliğin ve refahın artması,
- Eğitim düzeyinin ve çeşidinin artması,
- Çalışma ve boş zamana karşı değişen tutumlar,
- Daha duyarlı bir yaşam biçiminin gelişmesi
- Kişisel gelişme ve doyumun artması,
- Karmaşık bir toplum yapısının oluşması şeklinde sıralayabilir.

1.1.2. Hizmet Tanımı

Son otuz hatta kırk yıldır, hizmetler sektörünün tüm ekonomilerde öneminin giderek arttığı gözlenmektedir. Bu ekonomilerde imalat sektörünün büyüme hızındaki azalmaya karşın, hizmetler sektörünün payı önemli ölçüde artış göstermiştir.

Bugün artık hizmetler, güzellik salonlarında verilen hizmet etkinliklerinden, sigorta işletmelerinin sunduğu hizmetlere kadar çok geniş alana yayılmış, çok çeşitli heterojen etkinlikleri kapsamaktadır. Örneğin, hizmet, bir fikir, eğlence,

⁵ Mustafa ŞAHİN: Hizmet Sektöründe Pazarlama Anlayışı : istanbul.tbd.org.tr/mmdbfiles/TBD/seminerdokumanlari/hizmet_pazarlamasi.ppt

⁶ Bilal AK: Hastane Üretim Yönetimi(Ankara:H.Ü. SİYO Ders Notları,1997),30.

bilgi, müşterinin görünüşünde bir değişme, sosyal bir yenilik, bulunabilirlik, yiyecek, güvenlik yada benzeri şeyler olabilir. Bu bakımdan, hizmet olgusu oldukça karmaşık ve tanımlanması güç bir kavramdır.

Bazı araştırmacılar, genel kabul görmüş bir tanımın bulunmadığını, diğer bir kısım araştırmacılar da böyle bir tanımın geliştirilemeyeceğini belirtmektedirler. Hizmet işletmelerinin yönetimi konusunda bilgi birikimini engelleyen faktörlerden biri hizmetin iyi tanımlanmış kavram olmamasıdır. Fakat hizmet, çok genel olarak, "üretildiği yerde tüketilen bir iş veya eylem, bir performans, sosyal olay veya çaba olarak tanımlanabilir.

Konu ile ilgili yazın incelendiğinde, hizmetin değişik biçimlerde tanımlandığı görülmektedir. Hizmet ile ilgili bu tanımlar dört başlık altında toplanabilir;

1. Hizmetleri sınıflandıran ya da listeleyen tanımlar
2. Hizmetin karakteristik özelliklerini vurgulayan tanımlar,
3. Hizmet yerine hizmet paketi veya toplam hizmet kavramı üzerinde duran tanım,
4. Hizmeti, hizmetten etkilenen kişi veya mala göre sınıflandıran tanım.

Bu kadar çok çeşitli ve değişik tanımlarla karşılaşılmasının nedeni, her araştırmacının bağlı bulunduğu bilim dalı ve etkisi altında kaldığı yaklaşıma göre tanım geliştirmesidir. Örneğin, ekonomistler, hizmeti sınıflandırarak ya da listeleyerek tanımlamaya çalışmışlardır. Pazarlamacılar ise hizmeti karakteristik özellikleri ile tanımlamışlardır.⁷

Hizmetlerin geniş bir yelpaze içinde değişkenlik göstermesi ve somut mallarla olan bağlantıları hizmet kavramının tanımlanabilmesini

⁷Nermin UYGUÇ:Hizmet Sektöründe Kalite Yönetimi,(İzmir:Dokuz Eylül Yayınları İzmir),8

güçleştirmektedir. İşletmelerin büyük bir kısmının mal ve hizmet birleşimlerini tüketicilerin kullanımına sundukları söylenebilir.



Şekil.1 Mal-Hizmet Yelpazesi

Mal-hizmet yelpazisinde görüldüğü gibi, eğitim saf hizmet özelliği taşıırken restaurant gibi işletmeler mal ve hizmet karışımı mamüller üretmektedir. Tuz ise saf mala en yakın örnek olarak gösterilebilir.

Mamullerin saf maldan saf hizmete kadar değişerek dağılmaları, hizmetin tanımlanabilmesi için bir sınıflandırma yapabilme şansını ortaya çıkarmaktadır. Bunlardan birincisi hizmetin bir faaliyetin temel amacı olmasıdır. İkinci ise bir mal veya hizmetin satışını sağlayıcı veya düzenleyici bir çaba olmasıdır.

Hizmet, fiziksel olarak sahip olunamayan bir iş, hareket veya çabayı içeren soyut mamüllerdir. ⁽⁸⁾

Hizmet; bir kişinin diğer tarafa sunduğu temel olarak dokunulamayan ve herhangi bir şeyin sahipliğiyle sonuçlanmayan bir faaliyet veya faydadır. Üretilmesi fiziksel bir ürüne bağlı olabilir veya olmayabilir.

⁸ Mithat ÜNER; Pazarlama Dünyası, “Hizmet Pazarlamasında Pazarlama Karması Elemanları Değişiklik Gösterir mi?” Ocak, Şubat 94

Tablo-1 Hizmetin Tarihsel Tanımları⁹

Fizyokratlar (-1750)	Tarımsal üretim dışındaki tüm faaliyetler
Adam Smith(1723-90)	Somut (dokunulabilir) bir ürünle sonuçlanmayan tüm faaliyetler.
J.B.Say(1767-1832)	Ürünlere fayda ekleyen, tüm imalat dışı faaliyetler.
Alfred Marshall(1842-7924)	Yaratıldığı anda varlık bulan mallar,
Batı ülkeleri(1925-1960)	Bir malın biçiminde değişikliğe yol açmayan hizmetler
Çağdaş	Bir malın biçiminde değişikliğe yol açmayan bir faaliyet.

Amerikan Pazarlama Birliği'ne göre hizmet; satış amacıyla sunulan veya ürünlerin satışı ile bağlantılı olarak ortaya konulan eylemler, faydalar veya tatminlerdir.

Hizmet ayrı ayrı teshis edilebilen, istekleri tatmin eden ve gerçekte fiziksel olarak dokunulması mümkün olmayan(soyut) faaliyetlerdir.¹⁰

Hizmet "bir kişi veya kuruluşun bir diğer kişi veya kuruluşa sunduğu ele tutulmaz bir faaliyet veya yarar olarak" tanımlanmaktadır.¹¹

Hizmetler hareketler,süreçler ve performanslardır.¹²

⁹ A.Sevgi ÖZTÜRK; Hizmet Pazarlaması,(İstanbul: Anadolu Üniversitesi, 1998),2

¹⁰ Cowell,DONALD:, The Marketing of Services,(Oxford, 6 th Edition, Butterworth Heinemann Ltd, 1991)22

¹¹ Mehmet KARAFAKİOĞLU,age, 100

¹²Zeithaml ,A. Valerie, M.J. Bitner, Services Marketing, New York: McGraw Hill, Second Editon 2000:2

Literatürde servis ve hizmet kavramları eşanlamlı olarak kullanılmaktadır. En basit olarak servisi, insanların ya da insan gruplarının gereksinimlerini gidermek amacıyla, belirli bir fiyattan satışa sunulan ve herhangi bir malın mülkiyetini gerektirmeyen, yarar ve doyum oluşturan, soyut faaliyetler bütünüdür diyebiliriz.¹³

Hizmet; tüketici ihtiyaçlarının tatmin edilmesi amacıyla meydana getirilen maddi niteliği olmayan üründür.

Hizmet; tüketicilerin mülkiyetle ilişkisi olmaksızın satın aldıkları faydalar.

Hizmet; başka birisi için iş icra etmektir.

Kısaca Hizmet; fiziksel ve psikolojik olarak kişiye, sosyal açıdan ise topluma zaman, mekan ve yer faydası sağlama olgusu olarak tanımlanabilir.¹⁴

Hizmetler soyut oldukları için tüketiciler tarafından bir fayda veya tatmin olarak algılanırlar. Bu anlamda “hizmet, insan ve makineler tarafından insan gayretiyle üretilen ve tüketicilere doğrudan fayda sağlayan ve fiziksel olmayan ürünler”¹⁵

Hizmet, mutlaka olmasa da doğal olarak az ya da çok dokunulmaz bir yapısı olan, müşteri ve hizmet personeli ve/veya hizmeti sağlayan fiziksel

¹³ Nilgün SARIKAYA;XXIV Ulusal Kongresi,Servis Sistemlerinde Kalitenin Ölçülmesi ve Değerlendirilmesinde DEA Modeli, Sakarya Üniversitesi, İ.İ.B.F.İşletme Bölümü 15-18 Haziran 2004

¹⁴ Uğur BULGAN Gültekin GÜRDALÜNAK'05 "Bilgi Hizmetlerinin Organizasyonu ve Pazarlanması"22 - 24 Eylül 2005

¹⁵Kasım KARAHAN:Hizmet Pazarlaması (İstanbul,Beta Yayınları 2000),21

kaynakları veya malları ve/veya sistemler arasındaki etkileşim anında oluşan ve müşteri problemlerine çözüm olarak sağlayan bir faaliyet ya da faaliyet dizisidir.¹⁶

1.1.3. Hizmetlerin Sınıflandırılması

Amerikan pazarlama birliği hizmeti 10 kategoride sınıflandırmaktadır. Bunlar:¹⁷

- Sağlık hizmetleri
- Finansal hizmetler
- Konaklama, seyahat ve turizm hizmetleri,
- Spor, sanat ve eğlendirme hizmetleri,
- Kamusal, yarı kamusal, kar amacı gütmeyen hizmetler,
- Fiziksel dağıtım ve kiralama hizmetleri,
- Telekomünikasyon hizmetleri ve
- Kişisel ve bakım onarım hizmetleri

Hizmetlerin Sınıflandırılması

- Malla ilgili hizmetler

Tüketiciye sunulan garantiler, bakım-tamir,yedek parça, kurma-takma...

- Ekipmana dayalı hizmetler

Hizmetin asıl “pazarlanan nesne” mal da onu destekleyici bir rol oynadığı hizmetler grubudur. Otomatik satış yapan meşrubat makinası, oto yıkama makinası, kuru temizleme makinası, taksi, otobüs, veya havayolu ile seyahat vb.

- İnsana bağlı olarak verilen hizmetler

¹⁶ Hizmet Nedir?: www.baskent.edu.tr/~zeser/2003-2004/533-1.ppt - Ek Sonuç

¹⁷A.Sevgi ÖZTÜRK; a.g.e, 2

Hizmetle ilgili kimselere bağılı olarak sunulan hizmetlerdir. Koruma görevlisi, çocuk bakımı hizmetleri ile doktorluk, avukatlık, mali müşavirlik vb. profesyonel hizmetler. Bunlar, ilk grubun aksine en soyut olan hizmetlerdir.

Hizmetlerin birtakım özgün karakteristikleri mal ile hizmet dolayısıyla da mal ve hizmet işletmeleri arasında önemli farklılıklara yol açmaktadır. Ancak, hizmetlerin çok çeşitli olması, hizmetler ve hizmet işletmeleri arasında farklılıklar yaratmaktadır. Bu temel karakteristikleri tam olarak taşımayan hizmetler olduğu için, hizmetler ve hizmet işletmeleri arasındaki farklılıkların belirlenmesi, hizmetlerin özelliklerinin saptanması ve genelleştirilmesi kadar önemli bir konudur.

Birçok yazar ve araştırmacı hizmetleri değişik şekillerde sınıflandırmıştır. Bu çalışmalardan örnekler Tablo-2’de gösterilmiştir.¹⁸

Tablo-2 Hizmetlerin Yazarlara göre sınıflandırılması

YAZARLAR	ÖNERİLEN SINIFLANDIRMA BİÇİMİ
JUDD (1964)	1. Bir malın kiralınmasına bağılı hizmetler 2. Sahip olunan mallara bağılı hizmetler 3. Mallara bağılı olmayan hizmetler
RATHMEL(1974)	1. Satıcı tipine göre hizmetler 2. Alıcı tipine göre hizmetler 3. Satın alma biçimine göre hizmetler 4. Satıcı tipine göre hizmetler 5. Ürünün karakteristiklerine göre hizmetler 6. Yasalar ve yasa koyucular tarafından düzenlenme derecelerine göre hizmetler
SHOSTACK(1977)	Fiziksel malların ve soyut etkinliklerin hizmet paketi içindeki oranına göre;
SASSER, OLSEN ve WYCKOFF(1978)	1. Soyut etkinlikler ağırlıklı hizmetler 2. Somut/fiziksel mal ağırlıklı hizmetler
HİLL (1977)	1. Hizmetten yararlanan kişi yada mala göre; Kişileri-Malları etkileyen hizmetler 2. Hizmetin kişi veya mal üzerinde yarattığı etkiye göre; Geçici-Kalıcı Hizmetler

¹⁸ Nermin UYGUÇ: Hizmet Sektöründe Kalite Yönetimi,(İzmir:Dokuz Eylül Yayınları İzmir),8

Tablo 2.nin Devamı	ÖNERİLEN SINIFLANDIRMA BİÇİMİ
YAZARLAR	
	3. İktinin tersine çevrilebilmesine göre; Tersine çevrilebilen-Tersine çevrilemeyen hizmetler
	4. Etkinin niteliğine göre; Fiziksel durumda-Ussal durumda değişme
	5. Hizmetten yararlanan kişi sayısına göre; Bireysel-Kollektif hizmetler
THOMAS(1978)	1. Teknoloji-Yoğun hizmetler -Otomatik makinelerle sunulan hizmetler -Niteliksiz işgücünün kullandığı makinelerle sunulan hizmetler -Nitelikli işgücünün kullandığı makinelerle sunulan hizmetler
	2. Emek-yoğun hizmetler -Nitelikli işgücü gerektiren hizmetler -Niteliksiz işgücü gerektiren hizmetler -Profesyonel işgücü gerektiren hizmetler
CHASE(1978-1981)	1. Yüksek etkileşimli hizmetler
	2. Düşük etkileşimli hizmetler
ARMISTEAD(1987)	Hizmetin müşteriye ulaştırılma biçimine göre; 1. Hizmet işletmesinde sunulan hizmetler
	2. Müşterinin çevresinde(evinde) sunulan hizmetler
MİLLS ve MARGULİES (1980)	1. Etkileşimde güven sağlamanın esas olduğu hizmetler
	2. Etkileşimde görev yapmanın esas olduğu hizmetler
	3. Etkileşimde kişinin içsel mutluluğunu ve huzurunu sağlamaya esas hizmetler.
LOVELOCK(1983)	1. Hizmetin niteliği
	2. Hizmet işletmesi ile müşterileri arasındaki ilişki türü
	3. hizmet veren personelin esnaklık ve inisiyatif derecesi
	4. Hizmetin sunu ve istem bakımından niteliği
	5. Hizmetin müşteriye ulaştırılma biçimi.

2.1.3. Hizmetlerin Özellikleri

İşletmeler, pazarlama stratejilerini planlarken hizmetlerin beş önemli karakteristik özelliğini göz önünde bulundurmak zorundadırlar. Bunlar hizmetin dokunulmazlığı, ayrılmazlığı, değişkenliği, dayanıksızlığı ve sahip olunamama özelliğidir.¹⁹

¹⁹ İsmet MUCUK:Pazarlama İlkeleri (İstanbul, Türkmen Kitabevi,,2001),287

Hizmetleri mallardan ayıran bazı özellikleri vardır. Bu özellikler, hem hizmet pazarlaması, hem de hizmet yönetimi disiplinlerinin gelişip zenginleşmesinde önemli rol oynamıştır.

Hizmetlerin bu gelişmelerde asıl etken olan başlıca dört temel özelliği bulunmaktadır. Bu özellikler şöyle belirtilebilir;

2.1.3.1. Dokunulmazlık(Soyut Olma)

Hizmetler elle tutulamayan, gözle görülemeyen hissedilmeyen soyut etkinliklerdir. Bunun için hizmetlere fiziksel olarak sahip olunamaz. Hizmetten sağlanan yarar deneyime dayalıdır. Müşteri hizmetin değerini ve niteliğini, ancak satın aldıktan sonra ya da hizmetin tüketilmesi veya satın alınması süresince değerlendirebilir. Bu temel özellik aşağıdaki sorunlara yol açmaktadır.

- a) Hizmetleri depolama olanağı yoktur.
- b) Hizmetler “patent” aracılığı ile korunamaz.
- c) Hizmetler mallar gibi teşhir edilemez, tanıtılmaz.
- d) Hizmetlerin fiyatlandırılması oldukça zordur.

1.1.4.2. Hizmetin Dayanıksızlığı

Hizmetler dayanıksızdır. Hizmetlerin pek çoğunun yararı kısa sürelidir. Önceden çok sayıda üretilemez ve saklanamaz. Bunun için otobüslerde koltukların boş kalması ya da iş görenlerin boş (atıl) kalmaları nedeni ile ortaya çıkan ekonomik kayıplar sonradan giderilemez.

Hizmetler stoklanamadığı için, bazı hizmet işletmeleri sunu ve istemin uyumlaştırılması konusunda büyük sorunlarla karşılaşır.

1.1.4.3. Hizmetin Heterojen Olması(Değişkenliği)

Hizmetler heterojen veya türdeş olmayan etkinliklerdir. Bir hizmetin kalitesi ve içeriği, hizmeti veren kişiden kişiye, müşteriden müşteriye ve hatta günden güne değişebilir. Örneğin bir saç kesimi berberden berbere, müşteriden müşteriye günden güne farklı olabilir. Hatta aynı kişinin ürettiği bir hizmet bile birbiri ile aynı olmayabilir.

Bazı hizmetlerin emek-yoğun olması hizmetten yararlananların istek ve gereksinimlerinin değişik olması hizmetlerin standartlaştırılmasını zorlaştırmaktadır. Bu da, bu işletmelerde kalite kontrol sorunlarının ortaya çıkmasında önemli rol oynamaktadır.

1.1.4.4. Hizmetin Ayrılmazlığı (Üretim-Tüketim Eş Zamanlı)

Hizmetin Üretimi ve tüketimi aynı zamanda gerçekleşmektedir. Malların üretim ve tüketim süreçlerinde izlenen aşamalar zaman ve yer bakımından ayrılabilir. İmalat işletmelerinde firma ve müşteri ilk olarak malın satın alınması aşamasında karşı karşıya gelirler. Üretim, genellikle, müşteri tarafından görülmez ve malın satın alınmasından günlerce, hatta aylarca önce yapılır.

Oysa, hizmet işletmelerinde hizmetin üretimi, satın alınması, kullanılması ve değerlendirilmesi aynı zamanda gerçekleşir. Firma ve müşteri, süreç boyunca etkileşim halindedir ve müşteri yalnızca hizmet üretimini görmekle kalmaz, aynı zamanda üretim sürecine katılır. Örneğin, bir kimsenin bir yerden bir yere seyahat etmesi o kişinin bizzat katılımını gerektirmektedir. Bu özellik de aşağıdaki durumlara neden olmaktadır.

- a) Hizmetler dağıtım kanalları ile müşteriye ulaştırılamaz. Bu durumda ya müşterilerin hizmet veren kişi veya kuruluşa gitmeleri ya da hizmet veren kişinin müşterinin ayağına gitmesi gerekir.

- b) Hizmetin müşteriye doyumsatması ya da diğer bir deyişle hizmet kalitesi hizmeti sunan kişinin etkinliği kadar müşterinin etkinliğine bağlıdır.
- c) Hizmet verilen müşteri yanında bu hizmetten yararlanacak diğer müşteriler de hizmet üretim sürecine tanık olurlar.
- d) Hizmetlerin bir merkezden kitlesel olarak üretim oldukça zordur. Hatta bazı durumlarda olanaksızdır.

1.1.4.5. Sahip Olunamamak

Hizmet ürünlerinde sahipliğin olmaması, hizmetlerin en önemli özelliklerinden biridir. Mülkiyetin değil, belirli bir süre için kullanım hakkının satın alınması söz konusudur. Sahip olunan hizmetin kendisi değil, hizmetten elde edilen faydadır. Tatil için deniz kıyısındaki bir otele giden kişi oteli satın almamakta fakat otelin konaklama, ağırlama hizmetlerinden faydalanmakta aynı zamanda deniz ihtiyacını da gidermiş olmaktadır. Burada kullanıcılar hizmeti satın alırken ve kullanırken hizmet üreticisine bağımlıdır.²⁰

Hizmet işletmelerinde çalışan her personel mini-üretim birimi” dir. Çünkü, bunlar, yalnızca hizmeti üretmekle kalmazlar, hizmetin müşteriye satılmasına katılırlar.

Hizmetlerin diğer bir özelliği de üretim sürecinin emek yoğun olmasıdır. Emek-yoğun işletmelerde, görece olarak, daha az teknik araç, gereç, teçhizatın yararlanılır. Buna karşılık insan gücünün harcadığı zaman, çaba, maliyet hayli yüksektir.

Teknoloji yoğun bazı hizmet işletmeleri dışında, genel olarak yeknesak performans standartları oluşturmak oldukça zordur.

²⁰ İsmet MUCUK:a.g.e,288

Çoğu hizmetler devletçe denetlenmektedir. Bankacılık, sigortacılık, ulaştırma gibi birçok hizmet devletin sıkı denetimi altındadır.²¹

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

Yukarıdaki açıklamalara ilave olarak Lovelock hizmetler ile mallar arasındaki 3 önemli farklılıktan daha bahsetmektedir.²² Bu farklılıklar aşağıdaki şekilde özetlenebilir.

1. Hizmet sektöründe(bir çok hizmet üretildikleri anda tüketildiği için) kalite kontrolü oldukça büyük bir problemdir. Fiziki ürünlerde uygulandığı gibi hizmetlerde kalite kontrolünün yapılması imkansız bir hal almaktadır. Bundan dolayı da hizmetlerde büyük sıklıkla kalite kontrol problemleri ile karşılaşmaktadır.
2. Hizmet üreticileri de hedefledikleri kitleye ulaşabilmek için fiziksel malların dağıtımı gibi dağıtım kanalı kullanırlar. Fakat hizmetin özelliğine ve gelişen teknolojinin trendine göre hizmetlerin pazarlanmasında çeşitli ve birden çok kanallar kullanılmak durumunda kalılabilecektir. Örneğin bankacılık hizmetinde bazı hizmetler için yüzyüze görüşme gerekli iken bazı hizmetlerin sunumu için de ileri teknolojik vasıtalar gerekli olabilmektedir.
3. Hizmet üretiminde zaman faktörü çok önemli bir faktördür. Çünkü bir çok hizmet anında (real time) olarak sunulmaktadır. Dolayısıyla hizmetlerin talebin gerçekleştiği anda üretilibilmeleri ve müşteri

²¹Nermin UGUÇ.a.g.e,14

²² Christopher LOVELOCK; Managing Services, Marketing, Operations and Human Resources (New Jersey,Prentice Hall,1992),256

kullanımına sunulabilmeleri gereklidir. Bu önemlilik hizmetlerin stoklanamaması özelliğine bağlı olarak ortaya çıkan bir durumdur.

2.1.4. Hizmetlerin Mallardan Ayıran Özellikler

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

Bankadaki memurun Salı günü sabah erken saatte sunduğu hizmetle Cuma günü saat 16:00 dan sonra sunduğu hizmet oldukça farklı olabilir.

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

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

sorununun mutlaka hizmet kalitesinin iyileştirilmesi sorunu ile birlikte ele alınması gerekmektedir.²³

Tablo -3 Sanayi ve Hizmet İşletmelerinin Farklılıkları

SANAYİ	HİZMET
• Ürün genellikle somut, elle tutulabilir. • Sahiplik genelde satış yapıldığında transfer edilebilir. • Ürün genellikle yeniden satılabilir. • Ürünlerin gösterimi mümkündür. • Ürün depolanabilir. • Tüketim üretimi izler. • Üretim, satış ve tüketim genellikle farklı yerlerdedir. • Firma ve müşteri arasında dolaylı iletişim mümkündür.	• Hizmet genellikle elle tutulmaz yapıdadır. Sahiplik hakkının transferi zordur. • Sahiplik hakkının transferi zordur. • Hizmetin yeniden satış olanaksızdır. • Hizmetin satış öncesi gösterimi olamaz. • Hizmet ürünleri depolanamaz. • Üretim ve tüketim aynı zamanda olur. • Üretim, tüketim ve bazen de satış aynı yerdedir. • Çoğu zaman doğrudan iletişim gereklidir.

Bu tablodaki özelliklerin ve farklılıkların çoğaltılması mümkündür, fakat gerçek olan; mal ile hizmeti ayıran sınırın çok net çizilememesi ve bir çok sanayi firmasının ürünlerinin elle tutulmayan, öznel imajla ilgili özelliklerini kullanarak ürünlerine stratejik olarak değer kattıklarıdır.

Bir çok yazar kendine özgü özelliklerinden dolayı hizmet sektörünün emek yoğun bir endüstri olduğu ve bu yüzden hizmetin başarısında personel yönetiminin büyük bir önemi olduğunu savunmaktadır. Aslında hizmet sektöründeki çoğu işletme sermaye (kapital) yoğun bir yapı içermektedir. Ayrıca hizmetlerde de sermayeye ayrılan pay gün geçtikçe artmaktadır.

²³ Sıtkı GÖZLÜ; Hizmet Kalitesinin Kontrolünde İstatistiksel Yöntemler “Verimlilik Dergisi”(1995, MPM Yayınları, s.2),86

Bunun yanı sıra hizmet sektöründe geleneksel sermaye ağırlıklı hava taşımacılığı gibi faaliyetlerin yanı sıra bankacılık ve sigorta gibi sermaye ve ileri teknoloji yatırımı artan faaliyetler de mevcuttur. Hizmeti sunan kişilerin, yani çalışan personelin olumlu veya olumsuz performanslarının tüketicilerin kendilerine sunulan hizmet hakkındaki görüşlerini anında ve oldukça etkili olarak etkileme gücü bulunmaktadır. Olumsuz davranış müşteriler üzerinde en kısa zamanda etki etmektedir, kalıcı bir özelliği vardır; hizmetin verimliliğini doğrudan ve olumsuz yönde etkilemektedir²⁴

2.1.5. Hizmet Kalite Yönetimi

1.1.6.1 Kalitenin Tanımı

Kalitenin ne anlama geldiği hakkında çeşitli tanımlar ortaya atılmıştır. Bazı uzmanlara göre kalite:²⁵

En genel anlamda kalite, geliştirilebilecek her şey demektir.

Tablo-4 Kişilere Göre Kalitenin Tanımı

DR.DEMİNG	• Müşteri odaklılık • İşgören motivasyonu • Sürekli iyileştirme • Kalitenin 14 ilkesi
DR.JURAN	• Kalite maliyetleri • İstatistiki süreç kontrolü
FEIGENBAUM	• Kalite maliyetlerinin parasal değeri ve kalite maliyetleri
P.CROSBY	• Optimum kalite düzeyi • Yüksek kalite → Minimize Maliyet=Kar artışı • Sıfır Hata

²⁴Orhan İÇÖZ,İge TAYMERGEN, Pınar ÖZDEMİR: a.g.e.,27-40.

²⁵ Osman HAYRAN: Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi,(İstanbul,Yüce Yayın,1998),147

ISHIKAWA	• Tüm süreçler ve işgörenler kalite savaşının içindedir. (Kalite Sistem Yaklaşımı) • Kalite kontrol çemberleri (Katılımcı sorun çözme takımları) • Neden-Sonuç (Balık Kılçığı) Yöntemi
GÜNÜMÜZ	• Kalite=Yönetim Kalitesi • Müşteri Odaklılık • Verilerle düşünme ve konuşma (İstatistik Bakışlılık) • Kalite kültürü bir felsefedir. • Sürekli iyileştirme=Sürekli öğrenme (öğrenen örgütler) • Tüketici (Misafir)=İşgören (Ev sahibi)

Kalite uzmanı JURAN'a göre kısaca "kullanıma Uygunluk" olarak tanımlanan kalite kavramı, "üretilen mal veya hizmetlerin tüketicilerin beklentilerine uygunluğu veya karşılama derecesi" olarak tanımlanmaktadır.²⁶

Kalite olgusunu işletme yahut örgütlerin performans (etkililik) ölçütü olarak gören Gross (1968,368-369) ise kaliteye ilişkin değerlendirmelerin "ne kadar/ne derece iyi" sorusuna cevap oluşturduğunu belirtmektedir. Gross'a göre, bu anlamda kalite, "bir mamulün spesifikasyonlara uygunluk derecesi" olarak tanımlanmaktadır.

Diğer yandan, kalite olgusunu tüketici yönünden, ancak değişik görüş açısı ile inceleyen "algılanan kalite" kavramına göre nesnel, objektif kalite yoktur; tüm kalite değerlendirmeleri öznelidir.

Zeithaml(1988,3-5) algılanan kaliteyi,"tüketicinin bir mal yada hizmetin, bütün olarak, mükemmelliği veya üstünlüğü hakkındaki değerlendirmesi olarak tanımlanmaktadır.²⁷

²⁶Ümit ŞAHİN,Selda BEKEM, Hastane İşletmeciliğinde Kalite:Hasta tatmini ve İşgören Tatmini Pragdigması I.Ulusal Sağlık İdaresi Kongresi,(Anakara,2000),294

²⁷Nermin UYGUÇ, Hizmet Sektöründe Kalite Yönetimi,(İzmir:Dokuz Eylül Yayınları İzmir),2

Avrupa Kalite Kontrol Örgütü (EOQC) ile Amerikan Kalite Kontrol Derneğince benimsenen kalite tanımı şu şekildedir:²⁸

“Kalite, bir ürün ya da hizmetin, belirlenmiş bazı ihtiyaçları karşılamadaki yeterliliğine ilişkin özelliklerinin tümüdür.”

Tüm bu tanımlamalara ve kavramdaki gelişmelere rağmen kalite ile ilgili bazı hatalı görüşler veya önyargılar vardır.²⁹

Bunlardan bazıları ve neden yanlış olduğu aşağıda açıklanmıştır :

- Kalite, lüks, gösteriş ve ağırlık anlamındadır.

Bu görüş “tasarım kalitesi” ile ilgilidir. Ürün veya hizmet kendi spesifikasyonlarına uygunsa kalitelidir.

- Kalite, “elle tutulmaz” ve bu nedenle de ölçülemez.

Hizmet standartlarının her birine ait sayısal bilgiler veren kriterler sayesinde çok kolay ölçülebilir.

- Kalitesizliğe sadece işçiler neden olur.

Üretimin, tasarım, planlama, satın alma, üretim, denetim, yönetim vb. basamaklarının herbirinde çalışanların son ürünün kalitesi üzerinde ayrı ayrı ve birlikte sorumlulukları vardır.

- Kalite, kalite kontrol bölümünün sorumluluğundadır.

Kalite kontrol bölümü kendisine ulaşmadan önce ürün üzerinde çalışanların yukarıda belirtilen sorumluluklarından kaynaklanabilen sorumlu tutulamaz.

²⁸Osman HAYRAN, Hulki UZ; Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi
www.sabem.saglik.gov.tr/forum/ezadmin/htmlarea/files/documents/538_13sag_hizm_tky.pdf -

²⁹ M.Hulki UZ;Hastanelerde Kalite Yönetimi: www.merih.net/m1/whulkuz24.htm - 50k

- Kalite, maliyet artırıcıdır ve bu nedenle de verimliliği düşürür.

Kalitesizlik ve verimsizlik arasındaki ilişki beklenenin tersi yöndedir

1.1.6.1.1 Üretim Açısından Kalite

Üretim açısından kalite kavramı şu şekillerde ele alınabilmektedir:

1. *Ürüne dayanan tanımlama* : Ürünün neleri, ne kadar içerdiği ile ilgilidir.
2. *Üretime dayanan tanımlama*: Üretilen ürün için belirlenmiş standartların ne ölçüde gerçekleştiği ile ilgilidir. Bu görüşü benimseyenlere göre “kalite, ihtiyaçlara uygunluktur.”
3. *Kullanıcı-müşteriye dayanan tanımlama* : Kullanıcı ya da müşteri açısından ürünün “amaca uygunluğu”dur.
4. *Değere dayanan tanımlama*: Üretime ve müşteriye dayanan tanımlamanın karışımıdır. Müşterinin, arzu ettiği standartlara sahip olan bir ürüne, kabul edilebilir bir fiyat ve maliyet ile sahip olabilmesi mantığına dayanır.

Üretim ve hizmet sektöründe, kalite kavramını farklı biçimlerde ele almak gerekmektedir. Çünkü, üretim sektöründe önce ürünler, mallar yapılmakta, müşteri son aşamada önem kazanmaktadır.

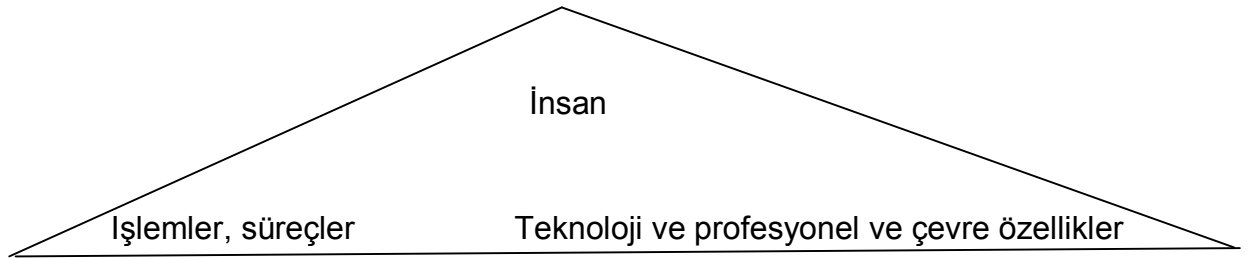
Oysa, hizmet sektöründe önce müşteri ile anlaşma yapılmakta, yani hizmet satılmakta, daha sonra ise üretim ve tüketim birlikte ve hemen hemen aynı anda gerçekleşmektedir.

Üretim sektöründe, ürünün belirlenen standartlara uyması önem kazanırken, hizmet sektöründe müşteri ya da kullanıcının beklentilerine yanıt vermesi önem taşımaktadır.

1.1.6.1.2 Hizmetler Açısından Kalite

Hizmet emek yoğun olduğundan hizmeti verenden bir diğerine değişiklik göstermektedir. Hizmetin kalite ve içeriğinde, kişilere zamana ve ortama göre büyük dalgalanmalar ve değişiklikler görülmesi olanaklıdır. Hizmetleri standartlaştırmak olanaksızdır. Hizmetleri envantere geçirip stoklama olanağı yoktur.³⁰

Hizmetlerdeki kalite için “Hizmet Kalitesinde Denge Üçgeni”nin gözönünde tutulması gerekir .



Şekil :2 Hizmet Kalitesinde Denge Üçgeni

Bu üçgen eşkenar bir üçgen olup kenarlar üç bileşeni ifade etmektedir:

- İnsan,
- İşlemler, çevre ve süreç,
- Teknoloji ve profesyonel özellikler,

Bunların herhangi birine ağırlık veya öncelik vermek kaliteyi etkileyecektir.

Örneğin, işlem ya da süreçlere ağırlık vermek, müşteriye şu mesajı verecektir: “Sen bizim için bir sayısın ve biz burada senin gibiler için uğraşıyoruz.”

³⁰ Simten MALHAN, Nermin ÖZGÜLBAŞ: Sağlık Hizmetleri Pazarlaması: Bir Örnek Hastane: Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi (Ankara, Hebaral Eğitim Vakfı, 1999); 116

İnsan bileşenine ağırlık vermenin anlamı ise: “Biz seni seviyoruz ve senin için çalışıyoruz. Ancak, ne yaptığımızı tam olarak bilemiyoruz.” olabilecektir.

Teknik ve profesyonel konulara ağırlık vermenin vereceği mesaj da: “Biz ne yaptığımızı ve nasıl yapacağımızı çok iyi biliyoruz. Ancak, senin bir birey olarak bizim açımızdan fazlaca önemin yok.” şeklinde olacaktır.

Bu denge üçgeninin sağlık hizmetleri için de yaygın olarak kullanıldığı görülmektedir. Sağlıkta kalite konusunda uzman olan ABD’li Donabedian’a göre “sağlık hizmetlerinde kalite, teknik, kişiler ve çevresel etkenlerin bir ürünüdür.” Bu yaklaşım İngiltere’deki Ulusal Sağlık Hizmetleri sisteminin düzeltilmesi için de resmen kabul gören bir yaklaşımdır.³¹

1.1.6.2 Kalitenin Önemi

Kalite kavramının tarihi, insanlık tarihi kadar eskilere dayanır aslında. Kalite, günümüzdeki anlamının tüm boyutlarıyla olmasa da günlük yaşantının ayrılmaz bir parçası olagelmıştır. Yakın dönemlere kadar akademik ve uygulanabilir bir tanıma kavuşamamış iste de “iyi, güzel, uygun, yeterli, gereğince, düzgün” kalite olmuştur hep.

Kalite kavramının serüveni, yirminci yüzyılda ivme kazanmıştır. İstatistiksel düşünce doğrultusunda biçimlenen kalite anlayışı, onyıllar boyunca aşama aşama olgunlaşarak, günümüzde toplam kalite yönetimi felsefe ve uygulamasına ulaşmış bulunmaktadır. Artık hayatı, dahası değişkenliğe sıfırlayan bir yaklaşım söz konusudur. Kalitenin kalitesi üzerinde durulmaktadır. Kalitesizliğin görünürdeki nedenleri ile yetinilmemekte, kaynak sorunlara inilmektedir. Kalitenin yükseltilmesini ve maliyetlerin

³¹ Osman HAYRAN, Hulki UZ: Toplam Kalite Yönetimi ve Kalite Kavramları
<http://www.merih.net/m1/whulkuz11.htm>

düşürülmesinin zıt kutuplar olarak değerlendiren yaklaşım, yerini her ikisinde aynı potada eşzamanlı biçimde eritebilen anlayışa bırakmıştır.³²

Son yıllarda globalleşme ile birlikte ağırlaşan rekabet koşullarına ayak uydurabilmek için müşterilerine en iyi mal/hizmeti, uygun fiyattan ve zamanda sunan işletmeler rekabette avantaj sağlamaktadır. Bun için işletmelerin kaliteye önem vermeleri, kaliteyi sürekli hale getirmeleri, kaliteyi iyileştirmek için uygun tekniklerden yararlanmaları gerekmektedir.³³

Kalite, toplumun refahıdır. Kalite, hatalardan arınmadır. Kalite mükemmelliktir. Bu nedenle rekabette anahtar bir rol oynayan kalite, hizmet işletmelerinin işgücü yoğun olması, insan unsurunun öneminin büyük olması ve buna bağlı hizmet performansının her an değişiklik gösterebilme ihtimalinin olması gibi sebeplerden dolayı hizmet işletmelerinde ayrıcalıklı bir öneme sahiptir. Hizmet işletmelerinin rekabet gücü ancak mükemmelliğin çıkarılması yolundaki çabaların bir ürünüdür. Kalite çalışmaları, hizmetlerin soyutluktan somut hale getirilmesi ve bunu sağlamak için esas alınacak bütün faktörlerin belirlenmesi yönünden büyük bir öneme sahiptir.³⁴

1.1.6.3 Kalitenin Tarihsel Gelişimi

Kalite sözcüğünün lügat tanımı, bir nesnenin mükemmeliyet derecesi olmaktadır. Bu sözcük bireylerin kendi duygu, görgü, bilgi ve deneyimlerine göre bir değerlendirme aracı olarak günümüze kadar kullanılagelmiştir. Uluslararası pazarlarda rekabetin artması, ürün üstünlüğü yarışması, kalite tanımına yeni bir kavram getirmiştir. Bu yeni kavrama göre "müşterinin ihtiyaç ve beklentilerinin hatasız olarak karşılanması" kalite olmaktadır. Endüstriyel üretimin seri artmasına paralel olarak ürün kalitesinin muhafaza ihtiyacı kalite kontrol (1910) işlevini başlatmıştır. Üretim sonunda yürütülen

³² Mithat ÇORUH:Toplam Kalite Yönetimi, Hastane Uygulamaları Gerekçeler ve Güçlükler". Sağlık Sektöründe TKY'nin Yeri Ed.Mithat Çoruh (Ankara, 1994)7-8

³³ Huriye ÇATALCA ; Sağlık Hizmetlerinde TKY (İstanbul,Kalder Yayınları,2003),1

³⁴ Deniz SEYRAN; Hizmet Kalitesi (İstanbul,Kalder Yayınları,2004), 36

bu işlem ürün maliyetlerini artırdığı için üretim sırasında alınan örneklerle hataların ürün çıkışından önce önlenmesini, bulunmasını sağlamıştır istatistiki kalite kontrol (1930). İkinci Dünya Savaşı sonrasında (1950) üretim hatalarını daha da azaltmak ve müşterinin güvenini kazanmak amacıyla üretim birimlerinin koordineli çalışmaları ve kalitenin bir dış kuruluş tarafından onaylanarak belgelenmesi uygulamaları yaygınlaşmıştır (kalite güvencesi). Son 10 yıl içinde sıklıkla kullanılan Toplam Kalite Yönetimi (TKY) kavramında ise, proses girdisinden başlanarak ürünün (hizmetin) çıktısına kadar olan süreç içinde hatasız üretim tanımlanmaktadır. Bu yaklaşım, kalite evrimi sürecinde yer alan tüm aşamaları kapsamakta; liderlik, bilimsel yaklaşım, takım çalışması, sürekli eğitim, yetki ve sorumluluk, uzun zamana odaklanma ve müşteri konularını yeni bir bütün içinde tanımlamaktadır.³⁵

19. yüzyılda Endüstri Devrimi öncesinde üretim ustaların elindeydi. Ustalar hem eğitim hem de kalitenin kontrolünden sorumluydu. Endüstri Devrimi gerçekleşikten sonra el emeği yerini çok daha hızlı,ucuzca üreten makinelerle bıraktı. Önceleri makinaların çalışmasında ustalardan yararlanıldı. Ustabaşılar üretimden sorumlu olurken, yavaş yavaş kalite kontrol bölümleri oluşmaya başlamıştı. Fakat bu yıllardaki teknolojik gelişme kalitenin gelişmesine yardımcı olamadı. Ayrıca yüzyılın başında h: FORD un otomobil üretimine uyguladığı yürüyen bantlara dayalı seri üretim, kalitenin üretim süreci sırasında kontrol edilebilmesine fazla olanak sağlamıyordu. 1920'li yılların başında, kalite olgusunun farkına varan şirketler çözümü bağımsız muayene bölümleri oluşturmakta bulmuşlardı. Hedef yine aynıydı: "Kalitesiz ürünün veya hizmetin tüketiciye ulaşmasını engellemek " Düşük kalitenin sebeplerini araştırmak yerine bedeli ne olursa olsun üretim hattının sonucuyla, ürünün fabrikadan çıkışı arasındaki alanda kalitesiz ürünü tespit edip, ayırmayı yeğlemişlerdi. Bunun maliyeti ise çok yüksekti.

³⁵ Mithat ÇORUH; Sağlık Sektöründe TKY Yaklaşımı "Hekimden Hekime Dergisi",Ek-Kas-Aralık-99: http://www.ato.org.tr/dergi/1999_3/konu1.html

2. Dünya Savaşı yıllarında üretimin daha çok savaş malzemelerine kaydırılması ve bu malzemelerin çoğu zaman karmaşık ve narin yapıda olmaları kalite ihtiyacını daha da belirginleştirdi. Özellikle o güne kadar tecrübeye dayanan kalite kontrol konusunda, belirli standartların oluşturulması zorunluluğu önem kazandı. İstatistiksel yöntemlerin üretimde kullanımı bu yıllarda ilgi görmeye başlamıştır. Yine bu yıllarda oluşturulan kalite sistemi standartları günümüzde uygulanan ISO 9000 standartlarının temelini oluşturmaktadır . Bütün bunların konusu olan "Kalite" kavramının bir "mükemmellik ölçüsü" yansıtmadığını sadece ürünün "tasarım gereklerine uygun" olarak üretilbildiğini yansıttığını vurgulamamamız gerekmektedir. JAPONYA Japonya savaş sonrasına çok güç durumda idi. Haberleşme sisteminin çok kötü durumda olduğunu gören Amerikan İşgal Kuvvetleri Komutanlığı, Japonlara; Amerika dan kalite uzmanlarını getirerek yardım almalarını önermiştir. Böylece bu uzmanlar, kendi toplumlarında fazla itibar görmeyen görüşlerini Japonlara aktarma fırsatı bulmuşlardır. Uzmanların 1950'li yıllarda Toplam Kalite Kontrol yada Yönetimi adını verdiği bu görüşler, Japonlarca benimsenmiş ve geliştirilmiştir. Bu uzmanlardan Edwards Deming, 1949 yılında Japonya'ya gitmiş ve yüzlerce kalite semineri vermiştir. Deming bu seminerlerin telif haklarını " Japon Mühendis ve Bilim Adamları Derneği (JUSE) " ne bağışlamıştır. JUSE'de seminerlerden elde ettiği gelirle bu uzmanın onuruna " Deming Kalite Ödülünü " vermeye başlamıştır.

1951 yılından itibaren Toplam Kalite Yönetimi alanında başarılı olmuş şirketlere verilmeye başlanan "Deming Kalite Ödülü" tüm dünyada verilen Kalite ödülleri içinde en önemlisidir. Japonya'ya giden diğer kalite uzmanları arasında ünleri tüm dünyaya yayılmış olan Dr. Juran ve Dr. Feigenbaum da bulunmaktadır. Dr. Juran seminerlerinde kalitenin, " Yönetimin Sorumluluğu " olduğunu vurgulayarak, " Kalite " nin herhangi bir departmana delege edilemeyecek kadar hayati ve temel bir faktör olduğunu söylemekteydi. Kalite politikası, felsefesi ve hedefleri tepe yönetimince belirlenmeliydi. Dr. Feigenbaum ise ilk olarak Toplam Kalite Kontrol kavramını literatüre soktu .. Feigenbaum'a göre tüm fonksiyonlar (üretim, satış, tedarik, tasarım, servis...)

kaliteyi etkilemekteydi. 1962 yılında Ishikawa, kalite gelişiminin ancak tüm çalışanların katılımıyla sağlanabileceğini görmüş ve Kalite Çemberleri kavramını getirmiştir. Kalite gelişiminin bireysel değil grup vasıtasıyla yapılabileceğini görmüştür. Japonlar hızla dünya ticaretinde yer alınırlar; 1960'lı yıllarda optik, 70'li yıllarda elektronik, 80'li yıllarda otomotiv sektöründe dünya liderliğini taklit ederek başlayan uzun vadeli ekonomik yapılanma, zamanla tüm ülkede gerçekleştirilen kalite eğitimleriyle yerini müşteriye odaklanmış, işgücü verimliliğini sağlamış, tamamen rekabetçi bir ekonomiye bırakmıştır.

AMERİKA 1946'da savaştan galip çıkan Amerika hızla günlük yaşam için gerekli ürünlerin üretimine geçmiştir. Fakat 4 yılı aktif olarak geçirilen, 6 yıllık savaş döneminde üretimin büyük bölümü savaş ihtiyaçlarına kaydırıldığından, savaşın bitimiyle beraber gerçekle yüzyüze gelmiştir: "ARZ AÇIĞI ". Bu kurulmak istenen kalite anlayışını yıkmış, kalite arka plana itilmiş ve daha büyük miktarlarda üretim amaçlanmıştır. Dünya endüstri tarihinde Kütle Üretimi ve Kütle Tüketimi devri olarak nitelenen 1950 ve 60'lı yılların sebebi de budur.³⁶

1.1.6.4 Hizmetlerde Kalite

1.1.6.4.1 Hizmet Kalite Kavramı

Hizmet Kalitesi; müşteri beklentilerini karşılamak için üstün ya da mükemmel hizmetin verilmesidir.

Hizmet Kalitesi; bir kuruluşun müşteri beklentilerini karşılayabilme ya da geçebilme yeteneğidir.

Tanımlardan anlaşılacağı gibi hizmet işletmelerinde kaliteyi belirleyen

³⁶ Genel Olarak Kalite Tarihi :<http://www.odevturk.com/odev.asp?id=5996>

müşterilerdir. Bu nedenle hizmet işletmelerinde kalitenin müşteriler tarafından nasıl algılandığı büyük önem taşımaktadır.

Tüketiciler için hizmet kalitesinin değerlendirilmesi mamul kalitesini değerlendirmekten daha zordur.

Hizmet kalitesi algılamaları, tüketici beklentilerinin gerçekleşen hizmet performansı ile beklentilerinin karşılaştırılmasının sonucudur. (Beklenen hizmet ile algılanan hizmet arasındaki fark)

Kaliteye ilişkin değerlendirmeler sadece hizmet çıktısına bakılarak yapılmamaktadır. Aynı zamanda hizmet sunumu sürecinin değerlendirilmesini de içermektedir. Yani tüketiciler hizmetin sonucunu değil, hizmetin veriliş şeklini de değerlendirmektedirler. Yararlanılan hizmet bir bütündür.³⁷

“Üstün müşteri hizmeti ve kalite düzeyi”, müşteri beklentilerinin (İşletme dışı hizmet standartları ve hizmetin maliyeti) ve hizmet sunu sistemine ait performans standartlarının (İşletme içi hizmet standartları, işletme maliyetleri ve gelirleri) sürekli olarak karşılanmasını ifade etmektedir. Üstün hizmet verilebilmesi ve istenilen kalite düzeylerine ulaşılabilmesi ise belirlenen işletme içi ve işletme dışı performans standartlarına göre yönetim tarafından açıkça tanımlanmış hizmet paketinin müşterilere sürekli olarak sunulması ile mümkündür.

Hizmetlerin soyut olması Hizmet kalitesinde soyut olmasını beraberinde getirmektedir. Bu yüzden Hizmet Kalitesi ile ilgili literatürde

³⁷ Uğur BULGAN Gültekin GÜRDAL;Hizmet Kalitesi Ölçülebilir mi?ÜNAK'05 "Bilgi Hizmetlerinin Organizasyonu ve Pazarlanması"22 - 24 Eylül 2005

Hizmet Kalitesi kavramı yerine çoğunlukla “algılanan Hizmet Kalitesi” kullanılmaktadır.³⁸

Hizmet kavramı yaşamımızın her aşamasında değişik biçimlerde karşımıza çıkmaktadır. Literatürde servis ve hizmet kavramları eşanlamli olarak kullanılmaktadır. En basit olarak servisi, insanların ya da insan gruplarının gereksinimlerini gidermek amacıyla, belirli bir fiyattan satışa sunulan ve herhangi bir malın mülkiyetini gerektirmeyen, yarar ve doyum oluşturan, soyut faaliyetler bütünüdür diyebiliriz.

Teknolojik gelişmeler hizmet sektörünün hızlı bir şekilde büyümesinde önemli rol oynamıştır. Günümüzde bilişim teknolojileri bankalar, sigorta kuruluşları, yayınevleri, muhasebe ve hukuk büroları, perakende satış yapan firmalar ve turizm kuruluşları tarafından yaygın biçimde kullanılmaktadırlar.

Kalite, müşteri isteklerinin tatmini, operasyon performansının iyileştirilmesi, maliyetlerin düşürülmesi vb. amaçlar için kullanılan stratejik bir yönetim aracıdır. Hizmet kalitesi ise, verilen Hizmet seviyesinin müşteri beklentileri ile ne kadar iyi eşleştiğinin ölçüsüdür. Hizmet kalitesini, kalitenin müşteri tarafından algılanan performans düzeyi ya da servisin müşteriye tatmin etme düzeyi olduğu söylenebilir.

Hizmet kalitesi, müşteri beklentileriyle fiili servis performansının karşılaştırılması sonucu oluşur. Bu performans rekabet tarafından oluşturulan standartlara göre ölçülerek, fiyatla dengelenir.

Hizmet kalitesi konusunda literatürde birçok tanım bulunmakla birlikte genel olarak algılanan hizmet kalitesi kavramının, hizmet kalitesi gerçeğini daha yakın olduğu görülmektedir. Tanımlar incelendiğinde, hizmet kalitesi

³⁸Nermin UYGUÇ: Hizmet Sektöründe Kalite Yönetimi,(İzmir:Dokuz Eylül Yayınları İzmir,1998), 27

konusunun daha iyi anlaşılabilmesi için bazı sonuçlara ulaşmak mümkündür. Bu sonuçlar şöyle ifade edilebilir.³⁹

1. Hizmet Kalitesi, müşteri ihtiyaçların işletmelerce tam olarak belirlenerek karşılanması esasına dayalıdır.
2. Hizmet kalitesi, hizmetlerin diğer hizmetlere göre üstünlüğü ile belirlenir.
3. Hizmet Kalitesi, hizmetlerin hatasız olarak yapılmasının bir sonucudur. Bu nedenle üretiminin ilk seferde doğru olarak yapılması hizmetlerde daha büyük bir öneme sahiptir.
4. Hizmet kalitesinin yüksek oluşu ile hem müşteri, hem çalışanlar, hem de işyeri sahibi kazançlı çıkar.
5. Hizmet kalitesinin ölçümünde müşterinin hizmete ait beklentileri ve gerçek hizmet deneyimi karşılaştırılır. Beklentiler algılamalardan büyük ise düşük kalite, algılamalar beklentilerden yüksekse ideal kaliteden söz edilebilir.

Hizmet kalitesinin ölçümünden önce hizmetin temel karakteristiklerine değinmek gerekmektedir. Literatüre göre hizmet dört temel karakteristiğe sahiptir. Bu karakteristikler elle tutulamaz olması, heterojen olması, üretim ve tüketimin aynı anda olması, ve stoklanamaz olmasıdır. Bu nedenlerden dolayı Parasuraman, Zeithaml ve Berry tarafından hizmet sektöründe kalitenin ölçümü ile ilgili olarak şu öneriler yapılmıştır.⁴⁰

1. Hizmet sektöründe kalitenin ölçümünün imalat sektörüne göre daha zor olduğudur.
2. Hizmet kalitesinin algılanması müşterinin beklentileri ile gerçek hizmet performansı arasındaki farka dayanmaktadır.
3. Kalitenin değerlendirilmesi sadece hizmet çıktısına göre yapılmamaktadır.

³⁹Deniz SEYRAN; Hizmet Kalitesi (İstanbul,Kalder Yayınları,2004),38

⁴⁰ A.PARASUMAN,V.ZEİTHAML,L.L.BERRY: A Conceptual Model of Service Quality and It's implications for Future, Journal of Marketing, Vo: 49,(Fall,1985),41-50

Değerlendirme hizmetin teslim sürecinin tamamını kapsamaktadır.

1.1.6.4.2 Hizmet Kalitesinin Boyutları

Bir hizmetin kaliteli olup olmadığını ortaya koymak için o hizmetin kaliteli olduğunu gösteren belirleyici özelliklere ihtiyaç vardır. Hizmetlerde kaliteyi oluşturan belirleyici özellikler her zaman net olarak ortaya konulamayabilir. Bu durum hizmetlerin kaliteli olup olmadığını değerlendirmeyi zorlaştırır. Bu zorluk, her işletmenin yaptığı faaliyetlerin kaliteli olduğunu gösteren hususların neler olduğunun belirlenmesi ile aşılabılır. Bu ise müşteri beklentileri ve toplumda oluşmuş olan müşterek iyilerle, hizmetin ifasında gerekli olan insan ile makine ve araçların çalışma sınırlarının belirlenmesi ile mümkündür.

Müşteri beklentilerin tespit etmek veya toplum genelinde müşterek olarak algılanan iyilerin tespit edilmesi de bazı durumlarda yeterli olmayabilir. Çünkü hizmeti sunan insanlardır. Bu insanlar kendi yetenekleri ve kullandıkları teknolojinin çalışma kısıtlılığı ile hizmet vermemektedirler. Bir bankada bütün müşteriler işlemlerinin hızlı yapılmasını beklerler. Fakat, müşteri açısından hızlılığın bir sınırı yoktur. Çalışanlar ise hem kendi gayretleri hem de ellerindeki bütün imkanlarla işleri en hızlı şekilde yapmaya çalışırlar. Birçok durumda bu bile müşteri beklentilerinin altında kalabilir. Bu durumda ise müşterilerin bilinçlendirilmesi ve bir hizmeti kaliteli olarak almak istiyorsa, o hizmetin sunulmasında gerekli olan zamana ve işin gereklerine razı olması yönünde bilgilendirilmesi gereklidir.⁴¹

Kaliteli hizmet sunmak için hizmet kalitesini etkileyen unsurları, yani müşterilerin hizmet kalitesi kriterlerini incelemek gerekir.

⁴¹ Deniz SEYRAN: a.g.e,39

Zeithaml ve ark. hizmet kalitesi üzerine yaptığı çalışmalarda hizmet kalitesini etkileyen hususları hizmet kalitesinin boyutları olarak ele almışlardır. Hizmet kalitesi konusunda çok kabul görmüş olan bu çalışmaları sonucunda hizmet kalitesin belirleyen 10 boyut önermişlerdir. Hizmet kalitesini ölçmek için bu boyutlar kullanılabilir.⁴²

Hizmet kalitesi boyutları aşağıda sıralanmıştır.

- a. Somut görünenler (Tangibles): Ortam, malzeme, teçhizat, ekipman, organizasyon ve personelin görünümü
- b. Güvenirlilik (Reliability) : Tutamayacağı söz vermemek, verdiği sözü tam yerine getirmek, verdiği sözü zamanında yapmak,
- c. İlgi ve Yardım (Responsiveness): Daima yardıma hazır olmak, hızlı hizmet sunmak, ilgili, istekli ve gayretli olmak,
- d. Yetkinlik (Competence) : Yetkinlik, bilgi, tecrübe
- e. Nezaket (Courtesy) : Nezaket, saygı, ciddiyet
- f. Dürüstlük (Credibility) : Dürüstlük, iyi imaj, güven
- g. Güvenlik (security) : Risk oluşturmamak, şüphe bırakmamak, tehlike oluşturmamak,
- h. Ulaşılabilirlik (Access) : Müşterinin istediği yer ve saatte hizmet, 24 saat yardım, kesintisiz hizmet, hizmeti sağlayacak yeterli kaynak,
- i. İletişim (Communication) : Müşteriyle iletişime açık olmak, müşterinin dilinden konuşmak, müşteriye bilgilendirmek,
- j. Müşteriyi anlamak (Understanding the customer) : Müşteriyi tanımak, müşterinin istek, ihtiyaç ve problemlerini anlamak, müşterinin hedeflerine ulaşmasına yardımcı olmak.

Hizmet kalitesinin ölçülmesinde en çok başvurulan Parasuraman tarafından geliştirilen servqual modelidir. Hizmet sunumu ve karşılanmasında müşteri beklentilerini kıyaslamada hizmet kalite ölçümü en çok kullanılan

⁴² Deniz SEYRAN: a.g.e., 39

⁴² Arash SHAHİN, Servqual and Model of Service Quality Gaps: www.qmconf.com/Docs/0077.pdf

methottur. Servqual de genel olarak kullanılan 5 faktör veya boyut aşağıda sıralanmıştır.⁴³

Servqual Hizmet Kalitesi Boyutları

- a. Somut görünenler(Tangibles): Fiziksel olanaklar, ekipmanlar ve personel görünümü
- b. Güvenirlilik(Reliability): Hizmetler için verdiği sözü zamanında ve doğru olarak yerine getirebilmek.
- c. İlgi ve Yardım(Responsiveness): Müşterilere yardımda istekli olmak ve tam olarak hizmeti yerine getirmek.
- d. Güvence (Assurance): Çalışanların kibar olmaları ve bilgili olmaları, müşterileri kendilerini güvende olmalarını hissettirebilme ve güven verme becerileri
- e. Yakınlık (Empathy):Şirketin kendisini müşterinin yerine koyması, müşterilere kişisel ilgi gösterilmesi.

1.1.6.4.3 Hizmet Kalite Modelleri

1.1.6.4.3.1 Grönross'un "Algılanmış Hizmet Kalite Modeli"

Bu modelde müşterinin kaliteyi değerlendirmesi, kaliteyi algılayış şekline bağlı olarak açıklanmıştır. Model, merkeze müşteri algısını yerleştirmekte ve tüketicinin hizmetten bekledikleri ile deneyimleri arasında olumlu bir ilişki olduğunu varsaymaktadır.

Bu modele göre hizmetler söz konusu olduğunda, tasarım, üretim sunum ve ilişkiler kalite yaratan dört önemli kaynaktır. İşletmenin bu yönlerini yönetme biçimi ise müşterinin kalite algılamasını etkilemektedir. Bu arada, hem teknik hem de işlevsel kalite bu kalite kaynaklarından etkilenmektedir.⁴⁴

⁴⁴ Nermin UYGUÇ: Hizmet Sektöründe Kalite Yönetimi,(İzmir:Dokuz Eylül Yayınları İzmir,1998),33

Teknik kalite: müşterinin hizmetten ne elde ettiğidir, alınan hizmetin sonuçlarına bağlıdır. Teknik kaliteyi güvence altına alacak sistemlerin, prosedürlerin ve tekniklerin uygulanmasıdır.⁴⁵ Teknik anlamda kalite, verilen hizmetlerin bilimsel norm ve standartlara uygun olmasıdır. Bilimsel norm ve standartlar, üniversiteler, meslek kuruluşları ve araştırma geliştirme kurumları tarafından belirlenmektedir.⁴⁶

İşlevsel kalite ise hizmetin müşteriye nasıl ulaştırıldığıdır. İşlevsel kalite, müşterinin ön yargılarından, algılamalarından daha çok etkilendir.

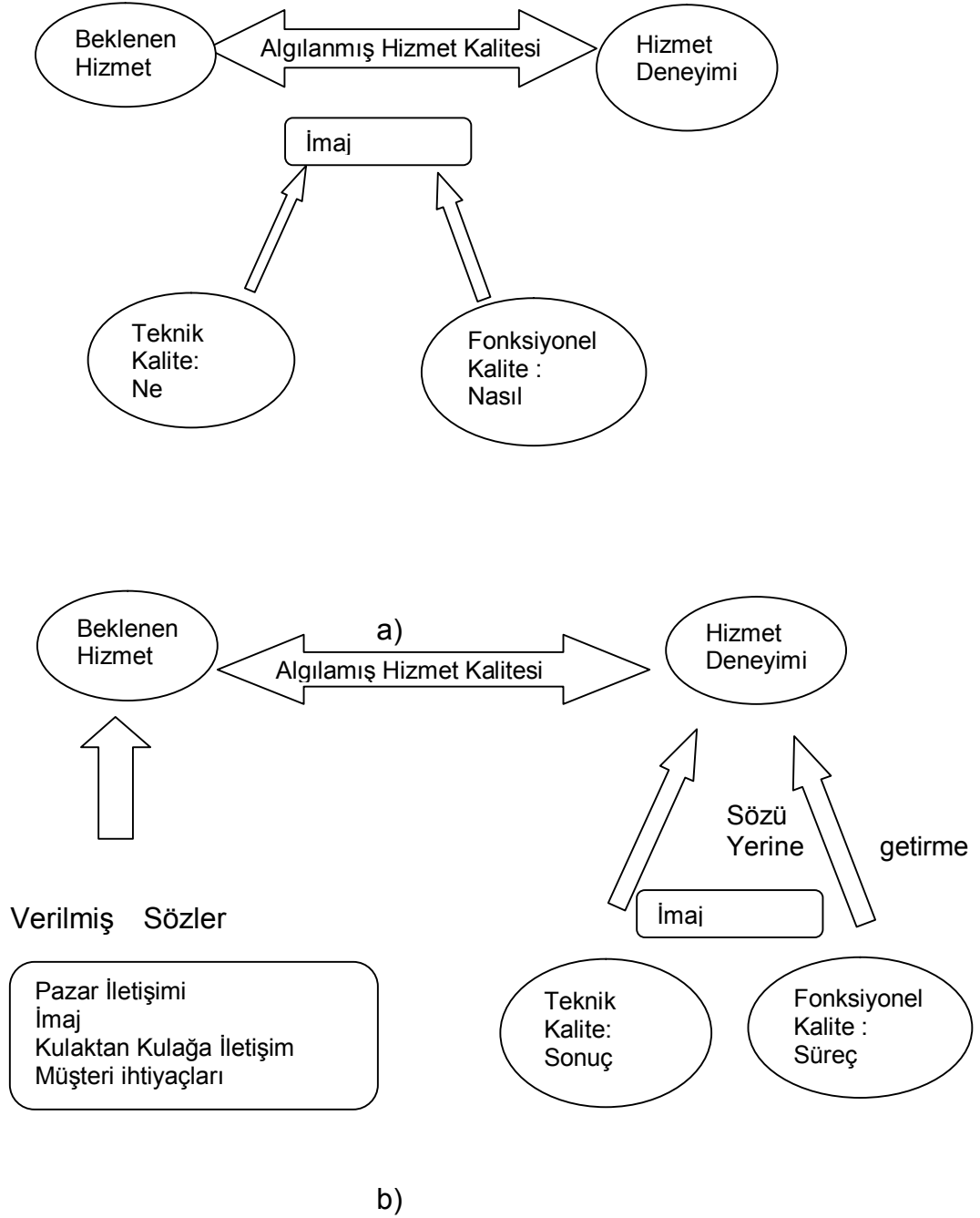
Yapılan araştırmalar, işlevsel kalitenin yüksek olması teknik kalitedeki performans düşüklüğünü telafi edebildiğini göstermektedir Bir hizmetin teknik kalitesi uygun düzeyde, ancak işlevsel kalitesi yetersiz düzeyde ise, teknik performansın müşteriye tatmin etme düzeyinden bağımsız olarak genellikle tatminsizlik hakim olmaktadır⁴⁷

Grönroos'un hizmet kalitesi konusunda geliştirdiği modelin temelini algılanmış kalite oluşturmaktadır. Algılanmış Kalite, müşterinin beklediği kalite ile hizmet sunumu sonrası yaşadığı kalitenin karşılaştırılması oluşmaktadır. Modelde kalitenin iki cephesi vardır. Bunlar müşterinin beklediği hizmet ile yaşadığı hizmettir. Bu modelde müşterilerin kavrayış süreçleri 2 boyuta ayrılmıştır. Algılanmış hizmet kalite modelinde İki kalite boyutu işlevsel kalite ve teknik kalite olarak adlandırılmıştır. Bu model şirketin imajını, müşterilerin etkilenmelerini tartarak firmanın iyi yönleri ve kötü yönlerini tarafsızca gösteriyor. Bu model de Şirketin imajı hizmeti kullananların kalite algılarına bağlı olarak değişmişse, dinamik bir yapıya sahiptir.

⁴⁵ Kadir ARDIÇ, A.GÜLER: Reklamlarda Vurgulanan Ürün ve Hizmet Kalitesi Boyutlarının Belirlenmesi ve Bir Uygulama, Pazarlama Dünyası (s.4Temmuz Ağustos 2000)18-23

⁴⁶ Şahin KAVUNCUBAŞI: Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi (Ankara,Siyasal Kitapevi,2000),272

⁴⁷ Kadir ARDIÇ, A.GÜLER:a.g.m 18-23



Şekil:3 Grönross Algılanan Hizmet Kalitesi⁴⁸

⁴⁸ Christan GRÖNROOS; Marketing Services; The Case of a Missing Product. Journal of Business & Industrial Marketing, Vo.13 (1998), 322-338

Grönroos'un hizmet kalitesi konusunda geliştirdiği modelin temelini toplam algılanmış kalite oluşturmaktadır. Toplam algılanmış kalite, müşterinin beklediği kalite ile hizmet sunumu sonrası yaşadığı kalitenin karşılaştırılması ile oluşmaktadır. Modelde kalitenin iki cephesi vardır. Bunlar müşterinin beklediği kalite ile yaşadığı kalitedir. Beklenen kalite birçok faktörün bir fonksiyonu olarak ortaya çıkmaktadır. Bu faktörler;

1. Pazar iletişimi,
2. İmaj,
3. Kulaktan kulağa iletişim(sözlü iletişim)
4. Müşteri ihtiyaçlarıdır.

“Pazar iletişimi reklam, posta ile iletişim, halkla ilişkiler ve satış kampanyalarını kapsamakta olup, işletmenin kontrolü altındadır. İmaj ve sözlü iletişim doğrudan işletmenin kontrolü altında değildir. Müşteri ihtiyaçları ise, müşterinin hizmet almadaki beklentilerinin temelini oluşturmaktadır.

Modelin ikinci bölümünde yaşanan kalite vardır. Yaşanan kalite, hizmetin gerçekte ne olduğudur. Teknik kalite, yani hizmetin çıktısının ne olduğu ile fonksiyonel kalite, yani hizmetin nasıl üretildiği, müşterinin zihninde oluşan işletme imajı ile birleşerek müşterinin algıladığı kaliteyi oluşturur.

Beklenen kalite ile algılanan kalitenin karşılaştırılması ile toplam algılanan kalite oluşur. Algılanan kalite, beklenen kalitenin üzerinde ise müşteri tatmini sağlamıştır ve toplam algılanan kalite yüksektir. Aksi durumda kalitenin düşüklüğünden bahsedilir.⁴⁹

⁴⁹Nermin UYGUÇ: a.g.e., 33

1.1.6.4.3.2 Zeithaml'ın Hizmet Kalitesi Boşluk Modeli-Servqual Analiz Yöntemi

SERVQUAL Yöntemi: 1983-1990 yılları arasında Amerika'da geliştirilmiştir. SERVQUAL, hizmet kalitesinin en kapsamlı çalışmalarından biridir. Yaratıcıları, geliştirdikleri yöntemin evrensel olarak geçerli olduğunu ve küçük değişikliklerle her sektöre uygulanabileceğini, servis kalitesi boyutlarını tanımladıklarını savunmaktadırlar. Bir çok araştırmacı tarafından kritik edilse de SERVQUAL yöntemi şu ana kadar farklı sektörlerde yaygın uygulama alanı bulan bir yöntemdir.⁵⁰

Modelin temeli; müşterinin “beklediği hizmet” ile organizasyon yöneticileri tarafından bu beklentilerin algılanıp hizmetin ortaya konulması sonucunda hizmetin müşteri tarafından algılanması ile oluşan “algılanan hizmet kalitesi” ifadesi kullanılmaktadır. “Parasuraman, Zeithaml ve Berry tarafından geliştirilen bu modelde hizmet kalitesi yerine “algılanan hizmet kalitesi” ifadesi kullanılmaktadır. Algılanan hizmet kalitesi ise, müşterinin hizmeti almadan önceki beklentileri (beklenen hizmet) ile yararlandığı gerçek hizmet deneyimini kıyaslamamanın bir sonucu olup, müşterilerin beklentileri ile algılanan performans arasındaki farklılığın yönü ve derecesi olarak değerlendirilmektedir. Beklentiler ise, müşterinin hizmete ilişkin istek yada arzularını ifade etmektedir.⁵¹

Modelde iki temel bölüm vardır. İlk bölüm tüketicinin yer aldığı bölümdür. Bu bölümde tüketicinin hizmet hakkında başkalarından duyduğu bilgiler, bireysel ihtiyaçları ve geçmiş tecrübeleri vardır. Bu hususlar müşterilerin işletmeden beklediği hizmeti oluşturmaktadır. Algılanan hizmet ise, tüketicilerin hizmeti aldıktan sonra o hizmete ait gerçek durumu değerlendirmeleri ile oluşur.

Modelin ikinci bölümü, hizmeti pazarlayan kuruluşun bulunduğu bölümdür. Bu bölümde; yönetimin müşteri beklentilerine ait algılamaları, bu

⁵⁰ Nilgün SARIKAYA: Servis Sistemlerinde Kalitenin Ölçülmesi ve Değerlendirilmesinde DEA Modeli: Bir Bankacılık Uygulaması, yaem2004.cukurova.edu.tr/ bildiriler/124%20-%20TamMetin.pdf

⁵¹ Mesiha SAAT, Kavramsal Hizmet Modeli ve Hizmet Kalitesini Ölçme Aracı olarak Servqual Analiz,”G.Ü.İ.İ.B.F. Dergisi”,(1999:3/99)107-118

algılamaların kalite spesifikasyonlarına dönüştürülmesi ve hizmetin sunumu ve müşterilerle doğrudan olmayan iletişim mevcuttur. İkinci bölüm hizmeti pazarlayan kuruluşun, hizmet konusunda yaptıkları faaliyetleri kapsamakta ve hizmetin kalitesini etkileyebilecek dört boşluk burada oluşmaktadır. Beşinci boşluk ise, beklenen hizmet ile algılanan hizmet arasında oluşur.”Tüketici tarafından algılanan hizmet kalitesi, hizmetlerin dizaynı, pazarlaması ve dağıtımı ile ilişkili boşlukların (ilk dört boşluk) durumuna bağlı olarak oluşan beşinci boşluğun büyüklüğü ve yönüne bağlıdır.” İlk dört boşluğun büyümekte veya tam tersi ilk dört boşluğun azalması ile beşinci boşluk azalmaktadır. Boşluktaki azalma hizmetin tüketiciyi tatmin itmesini yani yüksek kaliteyi, büyüme ise tatminin azalmasını ve hizmetin kalitesinin düşüşünü ifade etmektedir. Bu boşluklar yazarlarca; bir banka, bir kredi kartı işletmesi, bir ev eşyaları tamir ve bakım işletmesi ile uzun mesafe görüşme sağlayan bir telefon işletmesindeki yöneticiler ve odak gruplarla yapılan görüşmeler sonucunda ortaya çıkarılmıştır.⁵²

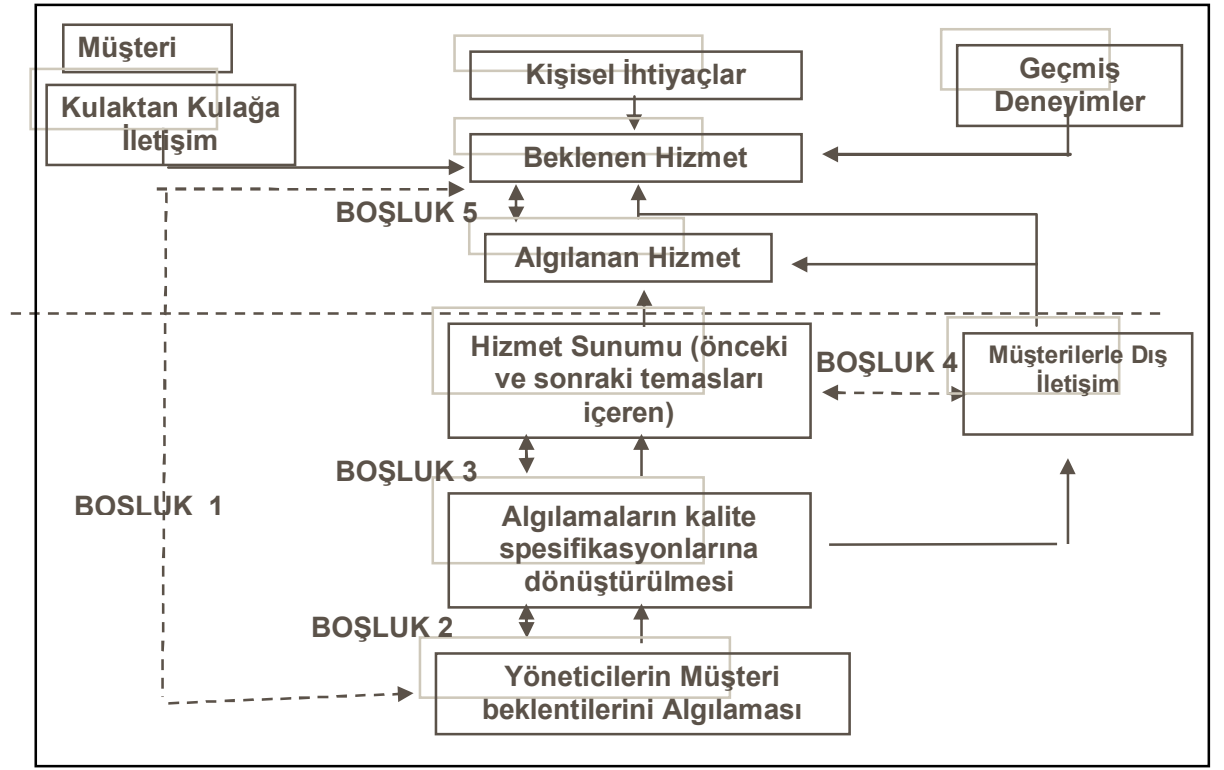
Boşlukların tanımı aşağıda verilmiştir.⁵³

1. Müşteri ve Beklentileri ve Yönetimin Müşteri Beklentilerini Algılaması arasındaki boşluk (1.Boşluk)
2. Yönetimin Müşteri Beklentilerini Algılaması ile Hizmet Kalitesi spesifikasyonları Arasındaki Boşluk (2.Boşluk)
3. Hizmet Kalitesi Spesifikasyonları ile Hizmetin Sunumu Arasındaki Boşluk (3.Boşluk)
4. Hizmetin Sunumu ile Dışsal İletişimler Arasındaki Boşluk (4.Boşluk)
5. Beklenen Hizmet-Algılanan Hizmet Boşluğu (5.Boşluk)

⁵² Deniz SEYRAN: Hizmet Kalitesi (İstanbul,Kalder Yayınları,2004),39

⁵³ Ahmet KARA, Subhash LONIAL, Mehves TARIM, Selim ZAİM :A paradox of service quality in Turkey Article Vol.17 (No:1, January 2005), 5-20: www.fatih.edu.tr/~nikov/publ/MEHOS-Nikov.pdf

Hizmet Kalitesi Modeli



Şekil 4. Hizmet Kalite Modelinde Boşluklar ⁵⁴

Boşluk 1

Müşteri Beklentileri

Pazar oryantasyon araştırmalarında yetersizlik,

İletişimi artırmadaki eksiklik,

İlişkilere odaklanmada yetersizlik,

Hizmet iyileştirmelerinde yetersizlik



Müşteri beklentilerinin Şirketin algılanması

⁵⁴Cristopher H.LOVELOCK: Customer satisfaction and Service quality. Module 3 (b). chapter 4 (pp.99-128). including appendix. Selected Reading 3.1: www23.homepage.villanova.edu/james.mullen/Marketing_of_Services/posmm12.ppt

Boşluk 2

Algılamaların Hizmet kalitesi sertifikasyonlarına Dönüşümü



Hizmet dizaynının zayıf olması

Servis standartlarında müşteri tanımının yokluğu,

Fiziksel durum ve hizmet yerinin uygun olmayışı



Müşteri beklentilerinin Şirketin algılanması

Boşluk 3

Hizmet standartları ve dizaynlarında müşteri hareketliliği



insankaynakları politikalarının zayıflığı

Talep ve arzın birbirini karşılamadaki başarısızlık

Müşterilerin rollerini tam olarak yerine getirmemeleri

Hizmeti sağlamaya yardım edenler arasındaki problemler



Hizmet Sunucular

Boşluk 4.

Müşterilerle Dış iletişim



Hizmet pazarlamasında İletişim eksikliği

Müşteri beklentilerinin yöneticilerin yetersiz olmaları

Aşırı vaatler

Müşteriyle temasta üstü yönetim arasında çok fazla kademenin olması

Yatay iletişimin yetersiz olması



Hizmet Sunucular

Boşluk 5

Müşteri Beklentileri



Müşteri beklentilerinin bilinmemesi

Doğru hizmet standartları ve dizaynların seçilmemesi

Hizmet standartlarının oluşmaması

Verilen sözler ile yapılanların uyuşmaması



Müşteri Algılamaları

1. Boşluğu Kapatmak : Müşterilerin beklentileri nedir? Öğrenerek

- Müşteri panelleri, şikayetleri analiz etmek ve araştırma yapmak
- Müşteri ve yönetici arasında direct görüşme yapıp artırmak
- İletişimin üst seviyede olmasını sağlamak
- Bilgiye ve sezgiye yönelik davranmak.

3. Boşluğu Kapatmak: Servis kalite standartlarını oluşturmak

- Üst yönetim servis kalitesini sağlamada sorumluluk sahibi olmalıdır.
- Müşteri oryantasyonlarını güçlendirerek ve iletişimi sağlayarak servis standartlarını oluşturmak,
- Gerçekleştirilebilir ve farklılık katan hizmet kalite amaçları oluşturmak,
- Yöneticiler hizmet kalitesinde liderliği sürdürmelidirler,
- Servis kalitesi sunumunda yeni yollar bularak uygulanmalıdır,
- Tekrar eden görevler standartlaşmalı,
- Görevlere öncelik tanınmalı
- Çalışanların beklentilerini ve önceliklerini belirlemek,
- Düzenli olarak geri bildirim almak ve servis kalite performansını ölçmek,
- Çalışanların kalite hedeflerinde başarılı olmalarında yöneticilerin ödüllendirmesi

3. Boşluğu Kapatmak:Hizmet performansında standartları sağlamak:

- Başarılı çalışanları çekmek,
- Doğru çalışanları seçmek,
- Çalışanları desteklemeli ve geliştirmeli;
Çalışanlara eğitim vererek,
Ekipman ve teknolojiye uygun çalışacak duruma getirmek,
Grup çalışmasını kurmak ve sağlamak,
Çalışanlara yetki vererek,
Çalışanlara hizmet vererek,
- Başarılı çalışanları elde tutmak;
Servis kalitesinde başarıları olanları belirleyerek ödüllendirmek,
Basit ve adaletli ödül sistemi geliştirmek,

4. Boşluğu Kapatmak: hizmet sunumunda verilen sözlerin uygun olarak yerine getirilmesini sağlamak.

Çalışanlar ne yapabilir verileri toplamak;

- Gerçek reklamlar
Gerçek çalışanlar, gerçek müşteriler ve gerçek durum.
- Çalışanların yaptıklarını belirlemek ve reklam yapmak
- Satıcılar, uygulayıcılar ve müşteriler arasındaki iletişimi başarmak
- İç Pazar programı yapmak
- Çok yerde kullanıma hazır, tutarlı standartları oluşturmak,

5. Boşluğu Kapatmak

- Reklamlarda, müşterilerin önem verdikleri hizmetlere odaklanmak,
- Müşteri beklentilerini yönetmek;
Gerçek beklentiler nelerdir?
Sektördeki gerçekleri anlatmak.
- Hizmet sunumunda seçenek yaratmak
Değişik ödeme planı yapmak.⁵⁵

Tablo.5 Boşlukların Oluşmasına Sebep Olan Önemli Faktörler.⁵⁶

⁵⁵ Cristopher H.LOVELOCK: Customer satisfaction and Service quality, a.g.m

<u>BOŞLUK 1</u> Pazarlama araştırmasının yetersiz yapılması; Yetersiz pazarlama araştırması, Hizmet Kalitesine odaklanmamış araştırma, Pazarlama araştırmasının eksik kullanımı, Dikey haberleşmenin yokluğu; Müşterilerle yönetim arasındaki etkileşimin yokluğu, Müşteriyle temastaki personel ile yönetim arasındaki yetersiz iletişim, Müşteriyle temastaki personel ile üst yönetim arasındaki çok fazla kademenin bulunması. İlişki odaklanmasındaki yetersizlik; Pazar bölümlenmesinin yapılmayışı, İlişkilerden ziyade ticari işlemlere odaklanma, Sürekli müşterilerden daha çok, yeni müşteriler üzerinde odaklanma.	<u>BOŞLUK 3</u> İnsan kaynaklı politikasındaki hatalar; Etkisiz iş gören temini, Rol belirsizliği ve rol çatışma, Çalışanların teknoloji-iş uygunsuzluğu, Geliştirme ve tazmin sistemlerinin uygun olmaması, Yetkilendirme, kontrol ve takım çalışmasının bulunmayışı, Arz-talep dengesindeki başarısızlık; Talep dalgalanmalarının giderilmesindeki başarısızlık, Uygun olmayan müşteri karması, Talep-fiyat esnekliğinin olmaması, Müşterilerin üzerlerine düşen görevleri yerine getirmemesi; Müşterilerin rol ve beklentileri hakkında bilgi sahibi olmaması, Müşterinin diğer müşterileri olumsuz etkilemesi,
<u>BOŞLUK 2</u> Müşteriyi harekete geçirecek standartların bulunmayışı; Müşteriyi harekete geçirecek hizmet standartlarının yokluğu, Müşteri ihtiyaçları üzerinde odaklanan süreç yönetiminin bulunmayışı, Hizmet kalitesi amaçlarını oluşturacak biçimsel işlemlerin bulunmayışı Yetersiz hizmet liderliği; Algılamaların hayata geçirilemeyişi, Üst yönetimin yetersiz vaadi. Kötü Hizmet dizaynı; Yeni hizmet geliştirme sürecinin sistematik olmayışı, Belirsiz, tanımlanmamış hizmet dizaynı, Hizmet dizaynının hayata geçirilmesinde başarısızlık.	<u>BOŞLUK 4</u> Müşteri beklentilerini yönetmede etkisizlik; Bütün haberleşme formlarının kullanılmasıyla müşteri beklentilerinin yönetiminde başarılı olamamak, Müşterini gerektiği şekilde eğitimindeki başarısızlık. Aşırı Vaatler; Reklamcılıkta aşırı vaatler, Satış personelinin aşırı vaatleri, Fiziksel kanıtlarda yer alan aşırı vaatler, Yetersiz yatay iletişim; Satış personeli ile çalışanlar arasındaki yetersiz iletişim, Reklamcılar ile çalışanlar arasında yetersiz iletişim, Şube ve birimlere ait politika ve prosedürlerdeki farklılıklar.

1.1.6.4.3.3 Lehtinen& Lehtinen'in Hizmet Kalite Modeli

Lehtinen hizmet kalitesini üç boyutta irdelemektedir. “üç boyutlu kalite yaklaşımına” göre bu boyutlar şunlardır;

1. Fiziksel Kalite: Hizmetin fiziksel elemanlarından kaynaklanan kalite boyutudur. Fiziksel elemanlar ise fiziksel ürün ve fiziksel destek'dir.
2. Etkileşim Kalitesi: Müşteri ile temasta bulunan kaynaklar arasındaki etkileşimden doğmaktadır. Hizmetin türüne göre, bu boyut, müşteri ile hizmet veren personel arasında oluşabileceği, müşteri ile diğer müşteriler arasında da yaratılabilir. Örneğin, bir diskoda müşterilerin kendi aralarındaki karşılıklı ilişkileri etkileşim kalitesini daha fazla etkiler.
3. Şirket (Firma) Kalitesi: Müşteriler ve potansiyel müşterilerin şirket ya da firmayı kamuoyunda yarattığı imaj bakımından değerlendirmeleri ile ilgilidir. Bir kuruluşun verdiği hizmetin kalitesinde bozulmalar olsa bile şirket kalitesi (firma imajı) daha uzun bir süre geçerliliğini koruyabilir.

Lehtinen, kaliteyi, bazı durumlarda müşteri açısından, daha açık bir biçimde iki boyutlu olarak incelemenin daha yararlı olabileceğini de belirtmektedir. Lehtinen'e göre “iki boyutlu kalite yaklaşımı” aşağı yukarı üç boyutlu yaklaşıma benzer, fakat ondan daha soyut bir yaklaşım olup, kalite “süreç” ve “çıktı” kalitesi olarak farklılaşmaktadır.

Süreç kalitesi, müşterinin hizmet üretim sürecine katılımının niteliksel bir değerlendirmesi olup, onun kişisel ve öznel yargılarını yansıtmaktadır. Bu boyutun etkinliği müşterinin katılım biçimi ve hizmet veren personelin hizmet verme biçimi arasındaki uygunluğa bağlıdır. Çıktı kalitesi ise müşterinin, üretim sürecinin sonucu ile ilgili değerlendirmelerini kapsamaktadır.⁵⁷

1.1.6.4.3.4 Normann Hizmet Kalite Modeli

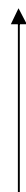
⁵⁷ Nermin UYGUÇ: Hizmet Sektöründe Kalite Yönetimi,(İzmir:Dokuz Eylül Yayınları İzmir),33

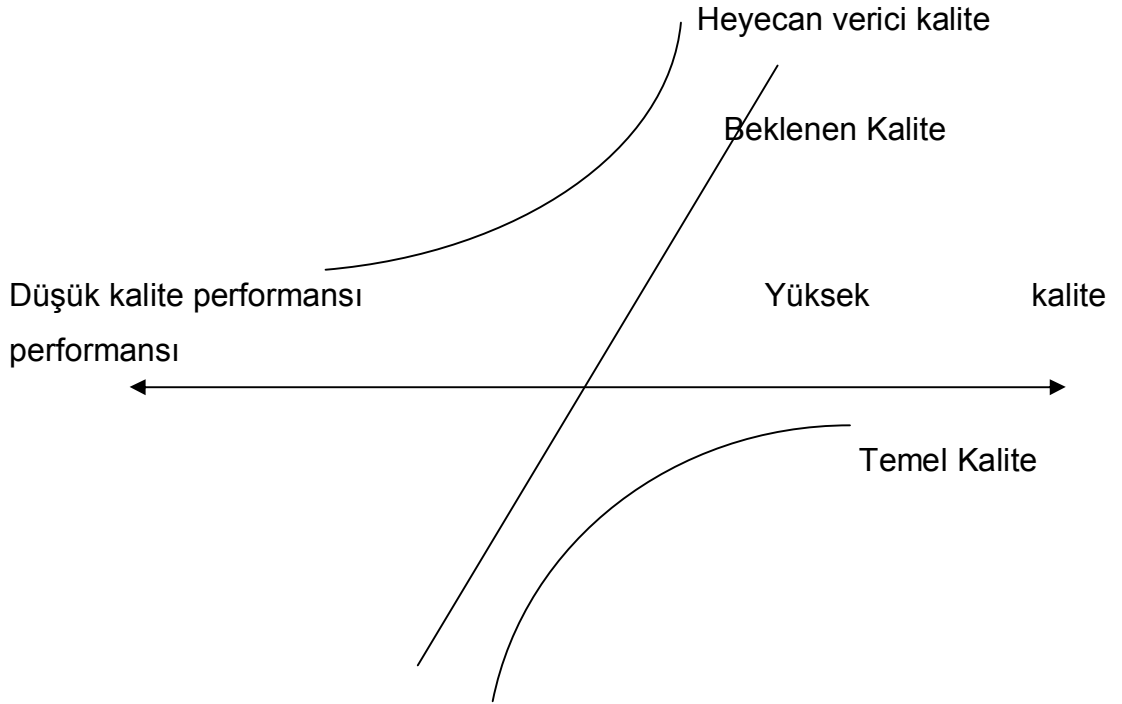
Normann’a göre kapsamlı ve dengeli bir kalite yaklaşımı “ hizmet paketini, hizmet veren ve personel ile müşteri arasındaki etkileşimi, hizmet sunu sürecini ve hizmet yönetim sisteminin değişir (esnek) ve değişmez (katı) özelliklerini” tüm yöneliri ele kapsamalıdır. Bir otel odasının temizliği, kaybolan bir kredi kartının düzenlenmesi için kaç gün gerektiği, bir uçağın kalkış saati vb. özellikler kalitenin açık, kesin ve nesnel ölçütlerle ölçülebilen ve müşteriye doğrudan etkileyen “değişmez” özelliklerdir. Hizmet veren personelin müşteriye dostça davranması, yardımcı olması, yakınlık ve ilgi göstermesi de hizmet kalitesinin “değişmez” yönleridir. Normann, kalitenin değişmez ve değişir yönlerinin birbirleri ile etkileşim halinde olduğunu; hizmet sisteminin, bir bütün olarak, hizmet sunu sürecini, bunun da hizmet kalitesini etkileyeceğini öne sürmektedir.

1.1.6.4.4 Kano Modeli

Bir işletmenin başarılı olabilmesi için tüketici gereksinimlerinin belirlenmesi yeterli değildir. Bu gereksinimlerinin müşteri tatminini ne derece etkilediğinin bilinmesi gerekmektedir. Bu nedenle işletmeler tüketici gereksinimlerini en doğru şekilde analiz etmelerini sağlayan Kano Modelinden faydalanmaya başlamışlardır. Noritoki Kano tarafından geliştirilen model, işletmelerin müşteri beklentileri karşılayabilme derecesi ile tüketici tatmini arasındaki ilişkiyi anlatan bir modeldir. Kano Modelinin grafiksel gösterimi Şekil-5 de görülmektedir. Grafiğin yatay eksenı ürün veya hizmetin müşteri beklentilerini karşılamada ne kadar başarılı olduğunu göstermektedir. Kısaca başarı derecesi, işletmenin tüketici gereksinimlerini karşılayabilme derecesidir. Dikey eksen ise ürün veya hizmetle ilgili müşteri tatmin derecesini göstermektedir.

Müşteri Memnuniyeti





Müşteri Memnuniyetsizliği (Halil SAVAŞ,MehvibeAY:Üniversite Kütüphanesi Tasarımında Kalite Fonksiyon Göçerimi Uygulanması)

Şekil-5 Kano Modeli

Müşteri memnuniyeti ile işletmenin başarı derecesi arasındaki ilişkiyi ortaya koyan modele göre üç türlü müşteri ihtiyacı vardır. Bunlar şunlardır.

1. Temel Kalite: Müşteriler tarafından zaten ürün üzerinde bulunması gereken ve bulunduğu varsayılan özelliklerdir. Ürünün veya hizmetin bileşenleridir. Bunların var olması düşük seviyede de olsa tatmine katkıda bulunur. Bulunmamaları ise tatminsizliğe neden olur. Ürünün temel bir işlevsel gereksinimi yerine getirmemesi üründe sabit bir sorunun olduğunu gösterir. Müşteriler temel gereksinimlerden nadiren söz ederler. Yeni alınan bir otomobilin çalışır olması yada çizik olmaması, süper marketten alınan bir ürünün bozuk olmaması müşterilerce bir garanti olarak görülür.⁵⁸

⁵⁸ Halil SAVAŞ,MehvibeAY:Üniversite Kütüphanesi Tasarımında Kalite Fonksiyon Göçerimi Uygulanması <http://www.sbe.deu.edu.tr/Yayinlar/dergi/2006/Cilt%207%20Sayi%203%202005/savas-ay.pdf>

Bu seviyede müşterilerin üründe mutlaka beklediği özellikler bulunmaktaydı. Olmamaları halinde büyük hoşnutsuzluk duyulacaktı. Mükemmellik İlkesi açısından yorum getirilirse, ürün kalitesi açısından kritik derecede önem taşıyan bir Faydalı Unsurun olmaması veya ürünün işlevselliğini tehlikeye atan bir Zararlı unsurun mevcut olması şeklinde yorumlanabilir.

Beklenen Kalite: Müşterinin, ürünün maliyeti göz önünde bulundurulduğunda bu maliyet karşılığında beklenen özelliklerin toplamıdır. Olmaması halinde büyük hoşnutsuzluk duyulacaktır.

Ürünün değeri göz önünde bulundurulduğunda müşterinin beklediği kalitedir. Dolayısıyla mevcut olan bir veya birden fazla Faydalı Unsuru içermektedir.

Beklenti Ötesi Kalite: Rekabet açısından firmanın kendi katma değerini en etkin şekilde ortaya koymasını sağlayacak olan bu seviye, üründe bulunan “heyecanlandırıcı” özellikler ile müşterilerin beklentilerinin ötesine geçilmektedir.

Rekabet ortamında ürünü ortaya çıkaran ve müşterinin beklentilerini aşan bu seviyede, müşteri memnuniyetine odaklanarak ürüne kazandırılan bir veya birden fazla faydalı özellikten bahsetmek mümkündür. Müşteriyi heyecanlandıracak başka bir unsur ise ürünün işlevselliğinde bir çelişme olarak görülen ve hiç geliştirilmeyen bir unsurun teknik parametreleri çözümlere buluşçu mantık içerisinde geliştirilmesidir.⁵⁹

⁵⁹Erhan ERYURT, Hayati ÇAĞLAR, Metin SAVAŞKAN, Yılmaz TAPTIK: Sürekli Gelişme Temelinde KFG-TRIZ Bütünleşmesi ile Müşteri Odaklı-Yaratıcı Ürün ve Proses Geliştirme: <http://www.inotecbilgimerkezi.com/cinfocenter/pdfs/InotecBM-PPT-qfdtrizseydisehir.pdf>

İKİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİ KAVRAMI

2.1 Sağlık Hizmetlerinin Tanımı

Dünya Sağlık Örgütü(WHO) ise sağlık hizmetlerini, “belirli sağlık kuruluşlarında değişik tip sağlık personelinden yararlanarak toplumun gereksinim ve isteklerine göre değişen amaçları gerçekleştirmek ve böylece kişilerin ve toplumun sağlık bakımını her türlü koruyucu ve tedavi edici etkinliklerle sağlamak üzere ülke çapında örgütlenmiş kalıcı bir sistemdir” şeklinde tanımlamaktadır. Kısaca sağlık hizmetlerini, çeşitli sağlık kurum kuruluşlarında hastalıkların teşhis ve tedavisiyle insanların mevcut sağlıklarını korunması için değişik tip sağlık personeli tarafından yürütülen çabaların tümü olarak da tanımlayabilir.¹

Sağlık hizmetleri, hastalıkların teşhis, tedavi ve rehabilitasyonu yanında, hastalıkların önlenmesi ve toplum ve bireyin sağlık düzeyini geliştirilmesi ile ilgili faaliyetler bütünü anlamına gelmektedir. Sağlık hizmetleri, sağlık kurumların tarafından sunulmaktadır.²

Sağlık hizmetleri, bireye ve aileye doğrudan ve dolaylı sunulan hizmetlerin tümünü kapsar. Sağlık hizmetlerinin amacı;

1. Sağlık talebi oluşmasını sağlamak,
2. Toplumun sağlık standardını yükseltmek,
3. Kişilerin hasta olmaması için gerekli tedbirleri almak,
4. Hasta olanların en kısa sürede sağlıklarına kavuşmasını sağlamak,
5. Hasta ve sakat olanların iyileştikten sonra uyumlarını-adaptasyonlarını sağlamaktır.³

¹ Çetin AKAR ve Hüseyin ÖZALP: Sağlık Hizmetlerinde Yönetim,(Ankara:Eylül 2002),190

² Şahin KAVUNCUBAŞI: Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi (Ankara, Siyasal Kitapevi,2000),34

³ Cemil SÖZEN:Sağlık Hizmetlerinde ve Sağlık İşletmelerinde Yönetim,(Ankara,Nobel Yayın Dağıtım,2002),2

2.2 Sağlık Hizmetlerinde Kalite

Kalite kavramı, "müşteri istek ve beklentilerinin karşılanması" olarak tanımlanmaktadır. Bu tanım, müşterilerin beklenti ve algılayışlarını odak noktasına almaktadır. Bir hizmetin kaliteli sayılması için müşteri istek ve beklentilerini karşılaması, yani müşterileri tatmin etmesi gerekmektedir. Türkiye'de yapılan kalite çalışmalarında bu yaklaşımın büyük ölçüde kabul gördüğü söylenebilir. Büyük ölçüde kabul görmesine karşın, bu yaklaşımın tıbbi bakımın bilimsel –teknik yönünü gözardı ettiği ileri sürülebilir. Hastaların ne tür bir tıbbi bakım alması gerektiği ile ilgili tercih ve değerlendirme yapma olanağı, diğer hizmetlere (örneğin beslenme, otel hizmetleri) oranla hemen hemen yok denecek kadar azdır. Hasta yalnızca bakım çevresini (temizlik ,gürültü,"bürokrasi") ve sağlık profesyonellerinin davranış biçimleri hakkında bir değerlendirme yapabilmektedir. Sadece bu değerlendirmelere dayalı olarak kalite değerlendirmesi yapmak yanılgılı sonuçlar verebilir.örneğin hastaların beklentileri çok düşük ise . bu beklentilerinin karşılanması,verilen hizmetin kaliteli olduğunu kanıtlamaz.

Hizmet kalitesinin nesnel olarak verilen hizmetin hastanın sağlık durumunda yarattığı gelişme (teknik kalite) temel alınarak ölçülebileceği ileri sürülebilir. Bu açıdan kalite kavramını, verilen hizmetin bilimsel standartlara uygunluk derecesi olarak tanımlamak olanaklıdır. Ancak hizmetten yararlanan kişilerin sosyal ve psikolojik istek, beklenti ve gereksinimlerin gözardı eden bir hizmet sunumunda da -e kadar bilimsel olursa olsun-kalite hedefini gerçekleştirme bakımından yetersiz kalacağı ileri sürülebilir.

Sağlık Hizmetin Kalitesi= Teknik kalite+Tedavi Sanatı

Kalitenin teknik yönü, "teşhis ve tedavi hizmetlerin çağdaş tıp bilimine, bilimsel standart ve normlara uygun olmasını"; sanatsal yönü de, "verilen hizmetlerin hasta beklentilerini karşılamasını içermektedir."⁴

⁴ Şahin KAVUNCUBAŞI: a.g.e.,270

Sağlık hizmetlerinde kalite; kullanılan kaynakların ve yapılan faaliyetlerin spesifik bir göstergesidir. 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. ⁵

Sağlık Hizmetlerinde:

Kalite: Mevcut bilimsel bilgi düzeyi temel alınarak, tasarlanan hizmet sunum sürecinin, müşterinin talep nedeni olan hastalığı ve/veya sağlığı ile ilgili istenmeyen sonuçların azalmasına ne ölçüde katkı sağladığıdır.

Kalite Öğeleri: Sağlık hizmetlerinde genel anlamda kalitenin üç ögesinden bahsedilmektedir. Bu öğeler:

-Teknik Boyut: Tıp bilim ve teknolojisi ile diğer sağlık bilimlerinin ortaya koyduğu mevcut bilgi birikiminin uygulanma sonuçları

-Kişilerarası ilişkiler(İletişim):Hizmeti üreten ve/veya sunanlar ile müşteri ve yakınlarının sosyopsikolojik etkileşim(iletişim) sonuçları,

-Fiziksel Ortamlar: Müşterinin hizmeti alırken bulunduğu ortama yönelik yargı sonuçları ⁶

Sağlık hizmetinde kalite, müşterinin beklediği kalite düzeyi ile (beklenen kalite) algıladığı kalite (algılanan kalite) düzeyi arasındaki fark olarak tanımlanır. Müşteri hizmetten beklediği performans ile hizmeti tüketerek aldığı performans arasındaki farka göre hizmetle ilgili düşüncelerini ifade eder, değerlendirmesini yapar. Başka bir açıdan baktığımızda sağlık

⁵ Osman HAYRAN, Haydar SUR: Hastane Yöneticiliği,(İstanbul,Nobel Tıp Kitabevleri,1997),121

⁶ Ümit ŞAHİN, Selda BEKEM: Hastane İşletmeciliğinde Kalite: Hasta Tatmini ve İşgören Tatmini Pradigması: I Ulusal Sağlıkİdaresi Kongresi(Ankara, 2000)95

hizmetinde kalite, sağlık kurumunun sağladığı hizmetin kalitesi (sunulan kalite) ile müşterinin algıladığı kalite (algılanan kalite) arasındaki farktır.⁷

Sağlık sisteminin tüm unsurları, sağlık hizmeti talep eden tarafların ihtiyaçlarının karşılanmasına eksiksiz hizmet etmelidir. Sağlıkta kalite için sağlık sistemi ile ilişkili sektörlerin, yüksek kaliteyi minimum maliyette ve en kısa sürede sunmayı hedefleyen bir biçimde lojistik unsurları sağlamaları gerekmektedir. Sağlık hizmetlerinde kalite açısından lojistik desteğin büyük önem taşıdığı dikkate alınmalıdır.

Bununla birlikte hizmet sunumunun ikinci önemli bileşeni 1. basamak sağlıkta sağlık hizmeti talep eden tarafların memnuniyetini arttıracak önemli bir konudur. Ayrıca sağlık hizmetlerine ihtiyaç duyan bir kesim de evde bakıma muhtaç kişilerdir ve bu hizmetin de profesyonel olarak kaliteli biçimde sunulması sağlıkta kalite açısından önem taşımaktadır.

Kalite sağlık sektöründe farklı paydaşlar için farklı anlamlar içermektedir. Kaliteyi sisteme hakim kılmanın yolu, farklı paydaş beklentilerinin dikkate alınması ve izlenmesidir. Tedarikçilerin, hastaların ve doktorların farklı beklentileri arasında mutlaka denge kurulmalı ve hesap verebilir niteliklere sahip bir sistem tasarlanmalıdır.

Doğal olarak 2. ve 3. basamak sağlık hizmetlerinin görüldüğü hastaneler de sağlık hizmetlerinin kalitesi açısından önemli bir yere sahiptir. Hastanelerde sunulan Sağlık sisteminin genel görünümünden sonra, kalite ve sağlıkta kalite konusundaki açıklamalar yol gösterici olacaktır. Öncelikle kalite; müşteri isteklerini önceden tahmin ederek, beklentilerinin ötesine geçmek ve ürünün (ve/veya hizmetin) doğal yaşamı boyunca müşteriye

⁷ Fatma PAKDİL: Konur Hastanesi’de Hasta Memnuniyeti Araştırmaları ve Hasta Odaklı Sağlık Hizmeti: <http://www.merih.net/m1/wfatpak01.htm>

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

Klasik görüşe göre sağlık hizmetlerinde kalite; sağlık hizmetleri sisteminin çeşitli öğelerinin standartlara uygunluk ya da mükemmellik derecesi olarak tanımlanmaktadır. Sağlık hizmetleri sistemindeki tüm öğeler, aslında toplumu oluşturan bireylerin hastalanmadan önceki sağlık hallerini güvenceye almak üzere koruyucu sağlık hizmetleri, toplum sağlığı hizmetleri ile başlayan, birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri ile devam etmekte olan iç içe geçmiş hizmetler bütünüdür. Hedef toplumu oluşturan bireylerin sağlıklı hallerini sürdürmelerini sağlamak, hastalanmaları durumunda ise en kısa sürede kaliteli sağlık hizmeti sunarak eski sağlıklarına kavuşmalarını temin etmektir. İnsana ait en önemli varlıklardan olan sağlığın korunması ve sürdürülmesinde kaliteli sağlık hizmeti sunulması, hizmeti sunanların sorumluluğu, sistemi finanse eden vatandaşın da hakkıdır.⁸

İnsanlar sağlık hizmetlerini hem sağlıklarının korunması hem de hastalıkların sırasında yapılan tedaviler olarak kabul etmektedirler, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik beklemektedirler. Bireyler kendilerine sunulan sağlık hizmetlerinden mutlu iseler o sağlık kurumunu da kaliteli olarak kabul ederler. Ayrıca kalitenin özü olan “sıfır hata”, “sıfır fire”, “hatayı kaynağından

⁸ Tuncer ASUNAKUTLU: Sağlık Hizmetlerinde Kalite: <http://www.canaktan.org/politika/kamuda-kalite/asuna.pdf>

yok etmek” sağlık sektöründe ayrı bir öneme sahiptir. Çünkü sağlık sektöründe % lik bir hata bile insanın yaşamının sona ermesine neden olabilir. Hizmet sektöründe bu nedenle insan-ekipman güvenilirliğinin % 100 olması gerekmektedir.

Sağlık hizmetlerinde kayıp zaman iç-dış müşteriler için oldukça önemlidir. Özellikle sağlıklı kişilerin ve onların yakınlarının beklemeye tahammülleri ve fırsatları yoktur.⁹

2.3 Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

Etkili bir sağlık hizmetinin taşınması gereken özellikler; sağlık hizmetleri bütünlük göstermeli ve eşgüdümlü biçimde sunulmalıdır. Etkili bir sağlık hizmetinin üretim ve sunumunda dikkat edilmesi gereken bu koşulları, etkili sağlık hizmetinin taşınması gereken özellikler olarak kabul etmiştir. Sunulan ve üretilen sağlık hizmetlerinin bu özelliklerden herhangi birini taşınamaması durumunda, toplum ve birey sağlığı üzerinde istenilen değişikliği yapamayacağı söylenebilir.

Etkili bir sağlık hizmeti; kolay kullanılabilirlik, kalite, süreklilik ve verimlilik özelliklerini taşınmalıdır.¹⁰

2.3.1 Kolay Kullanılabilirlik

Kolay kullanılabilirlik hem hizmetten yararlananlar, hem de hizmet sununlar açısından incelenebilir hizmetten yararlananlar (toplum) açısından kolay kullanılabilirlik. “bireylerinin ihtiyaç duyduğu yerde ve zamanda hizmetlere ulaşabilmesi ve ihtiyaç duyduğu tüm hizmetleri yeterli miktarda kullanabilmesi olarak tanımlanabilir”. Hizmeti sunanlar bakımından kolay kullanılabilirlik, “hizmet sunan kişilerin (sağlık profesyonelleri), ihtiyaç

⁹ Prof.Dr.Cengiz YILMAZ, Öğr.Grv.İlham YILMAZ: Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yaklaşımı:Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi (Ankara, Hebaral Eğitim Vakfı,1999);248

¹⁰ Şahin KAVUNCUBAŞI: (Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi (Ankara, Siyasal Kitapevi,2000),64-67

duydukları ilaç, araç-gereç, hizmetler ve diğer sağlık profesyonellerine kolay ulaşabilmesi” anlamına gelir.Hizmetlerin kolay kullanılabilirliğini sağlamak için Kişisel Kullanımı kolaylaştırmak ve sağlık hizmetlerinde bütünlük, donanım olarak tüm ihtiyaçları karşılaması gerekmektedir.

2.3.2 Kalite

Sağlık hizmetlerinde kalite, hizmetlerin hem bilimsel norm ve standartlara, hem de bireylerin beklentilerine uygun olarak sunulması anlamına gelir.sağlık hizmetlerinde kalitenin sağlanması için mesleki yeterlilik , Kişisel kabul edebilirlik ve kalitenin uygunluğu önem taşımaktadır.

2.3.3 Süreklilik

Salık hizmetleri, yalnızca tedavi hizmetleri anlamına gelmemektedir. Sağlık düzeyini geliştirmek için birey ve toplumun sağlık durumlarının sürekli takip edilmesi ve gerekli önlemlerin alınması gereklidir. Sağlık hizmetlerinin sürekliliği, sağlık hizmetlerinin entegre olmasıyla başarılabilir. Sağlık hizmetlerinin sürekliliğini sağlamak için aşağıda verilen konular önem taşımaktadır.

Sağlık Hizmetlerinde Sürekliliği kişiye odaklanmış bakım, eşgümleyici birimler(aile hekimleri), ve eşgüdümlemiş hizmetlerle sağlayarak kaliteli bir hizmet sunumununa yardımcı olur.

2.3.4 Verimlilik

Verimlilik, sağlık hizmetlerine ayrılan kaynakların ussal kullanılması anlamına gelir. Verimlilik aracılığıyla, sağlık hizmetleri maliyetleri aşağıya çekilerek, bireylerin hizmetten yararlanma olanakları artırılır.

Adil finansman, yeterli ücret politikası ve etkili yönetim sağlayarak kaynakları etkin kullanarak sağlık hizmetlerden daha fazla yararlanmayı artırarak kaliteli hizmete yardımcı olur.

2.4 Sağlık Hizmetlerini Diğer Hizmetlerden Ayıran Özellikler

Sağlık hizmetleri piyasası bazı özelliklerinden dolayı diğer mal ve hizmet piyasalarından birtakım farklılıklar göstermektedir. Sağlık hizmetlerinin klasik piyasa yapısından farklı olan yönleri sekiz noktada toplanabilir.

Sağlık hizmetleri piyasasında tüketici konumundaki kişinin özgürlüğü sınırlıdır. Bu insan kendisinin adına bir hekimin talep şeklini ve miktarı belirlemesini sağlamak zorundadır. Hekim, hasta için gerekli olan mal ve hizmet çeşitlerini belirlerken, maliyet, fiyat gelir gibi iktisadi faktörleri değil, tıbbın olanaklarının dikkate alır. Hasta normal piyasalardaki tüketicilerin bağımsız davranışlarının aksine, hekim, hastane idaresi ve ilaç firması karşısında “mutlak bağımlı” durumundadır. Pazarlık etme, mal veya hizmeti almaktan vazgeçme, başka bir zamana erteleme ya da ikame etme gibi bağımsızlıkları sınırlanmıştır. Sağlık hizmetleri piyasasındaki bu kurallara uymamanın hayati bir tehlike arzedeabileceği düşüncesi bağımlılığı artırmaktadır.

Sağlık hizmetleri temel arzedicisi olan doktorların durumu normal hizmet arz edicilerden üç noktada ayrılmaktadır. Birincisi, hekim normal bir hizmet üretiminden farklı bir davranış içindedir. İkincisi, hekimin ürettiği hizmeti deneme imkanı yoktur. Üçüncüsü, hekim, kendi çıkarından çok toplumun çıkarına dönük bir çaba içindedir.

Sağlık hizmetleri piyasasında elde edilen toplumsal marjinal fayda, bireysel marjinal faydadan büyük olabilmektedir. Örneğin bir aşı kampanyası yoluyla ileride toplumu sarabilecek bulaşıcı bir hastalığın önlenmesinden elde edilen yarar, tek bir ferdin hastalığının önlenmesinden elde edilen yarar, tek bir ferdin hastalığının önlenmesinden elde edilen yarardan büyük olacaktır. Diğer taraftan, sağlık hizmetlerine olan talep bir belirsizlik arzeder. Çünkü fertlerin ne zaman ve ne şekilde hasta olacaklarını önceden belirlemek imkansızdır. İşte bu belirsizlik nedeniyle fertlerin sağlık harcamaları için birikimde bulunmaları gereksizleşmektedir. Birikimde bulunulsa dahi, bu kaynak ya uzun süre kullanılmayacak veya ihtiyacın gerektirdiği miktardan az ay da çok olacaktır. Belirsizlikten kaynaklanan bu olumsuzluğu gidermek iki

yolla olabilir; birincisi, ön ödeme yoluyla sağlık sigortasının yaygınlaştırılması, ikincisi, sağlık hizmetlerinin finansmanının devletin üstlenmesi.

Sağlık hizmetlerini klasik piyasa yapısından ayıran belirsizlikler şöyle toparlanabilir.

1. Hastalar tedavi süresince kendilerine yapılan tedavinin gerçek maliyetini hesaplayamazlar.
2. Hastalar kendilerine yapılan tedavinin maliyetini hesaplayamadıkları gibi uygulanan tedavinin niteliği konusunda da bilgi sahibi değildirler.
3. Ahlaki sorunlar belirsizliğin bir başka nedenidir.

Doktorların birbirlerini çekiştirmeleri, meslektaşlarının hizmetleri hakkında tüketicileri aydınlatmaları söz konusu değildir. Çünkü böyle bir şey yapmak hem evrensel ahlak kurallarına hem de sağlık sektöründe genel kabul görmüş kurallara aykırı sayılmaktadır.

Bazı sağlık hizmetinden yararlanma tüketim harcaması olarak kabul edilirken, kimisi de yatırım harcaması olarak kabul edilmektedir. Fertlerin korku, endişe ve şüphelerinden kurtulmak için yaptıkları harcamalar tüketim harcaması, sağlık düzeyinin dolayısıyla işgücü verimliliğinin korunması ve geliştirilmesi için yapılan harcamalar da yatırım harcaması olarak değerlendirilmektedir.

İrrasyonel davranışlar olarak hastanın hastalığıyla çelişebilecek bir tutum içerisine girmesi kastedilmektedir. Bu durum üç başlık altında toparlanabilir.

1. Hasta hastalığını inkar eden bir davranış içinde tedaviyi red edebilir.
2. Sinirsel hastalıklarda hasta rasyonel davranış göstermez
3. Acil olarak tedavi gereksinimi olan pek çok hasta mali yetmezlikten ötürü bunu sağlayamaz.¹¹

Sağlık kurumlarını diğer endüstri ve hizmet kurumlarından özellikler vardır. Bunlar;¹²

¹¹Yrd.Doç.Dr.Kerem KARABULUT: Sağlık Ekonomisi:Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi (Ankara, Hebaral Eğitim Vakfı,1999);356

- Sağlık kurumlarında uzmanlaşma yüksek seviyededir: Sağlık kurumlarında uzmanlaşma derecesi çok yüksektir. Hastalık dokusunda ortaya çıkan değişiklikler, tıp bilimi ve teknolojisindeki gelişmeler uzmanlaşma derecesini artıran faktörlerin başında gelmektedir.
- Sağlık kurumlarında işlevsel bağımlılık çok yüksektir; bu nedenle farklı meslek gruplarının faaliyetleri arasında yüksek düzeyde eşgüdümün olması zorunludur.
- Sağlık kurumlarında insan kaynakları profesyonel kişilerden oluşur ve bu kişiler kurumsal hedeflerden çok mesleki hedeflere önem verirler.
- Hekimlerin hizmet miktarını ve sağlık harcamalarının önemli bir bölümünü belirleyen faaliyetleri üzerinde etkili yönetsel ve kurumsal denetim mekanizmasının kurulması zordur.
- Hastaneler başta olmak üzere tüm sağlık kurumlarında ikili otorite hattı bulunmaktadır ve bu durum eşgüdümleme, denetim ve çatışma sorunlarını beraberinde getirmektedir.
- Sağlık kurumlarında yapılan işler oldukça karmaşık ve değişkendir.
- Sağlık kurumlarında gerçekleştirilen etkinliklerin büyük kısmı acil ve ertelenemez niteliktedir.
- Yapılan işlere hata ve belirsizliklere karşı oldukça duyarlıdır ve tolerans gösteremez.
- Çıktının tanımlanması ve ölçümü güçtür.

a. Tüketici hakimiyeti: Bazı istisnalar dışında sağlık bakımında tutarlılık ya yoktur ya da olanaksızdır. Hizmeti kullanan yararını maksimize etmek için kendi ekonomik kaynaklarını kullanırken akılcı karar veremeyebilirler. Örneğin bilinci yerinde olmayan hastalar. Ayrıca bazı hizmetler, örneğin koruyucu hekimlik hizmetleri ödeme isteği olmayanlarca tüketilmezler. Bu nedenle de sağlık bakımı devlet tarafından da sunulur.

b. Talebin doğası: Sağlık diğer ürünlerden farklıdır. Herşeyden önce sağlık alınıp satılamaz, çoğu zaman ölçülüp, değerlendirilemez. Bu durumda

¹² Şahin KAVUNCUBAŞI: a.g.e,52

sağlık yerine sağlık hizmetleri piyasasından bahsetmek gereklidir. Sağlık hizmetleri sağlık oluşturan bir çok bileşenden sadece birisidir. Sağlık hizmeti türemiş taleptir. (derived demand). Sağlık hizmetlerine talep düzensizdir ve çoğunlukla önceden kestirilemez. Talebin karşılanmaması durumunda ciddi sağlık sorunları ve hatta ölüm söz konusu olabilir. Talebin karşılanmaması durumunda doğacak sonuçların doğrudan ekonomik etkileri olabilir (işgücü kaybı, gelir kaybı).

c. Risk ve belirsizlik: Sağlık bakımı ihtiyacını kestirmek zor. Maliyetler genellikle belirsiz ve yüksek. Hastalık zaman aralıkları düzensiz, türü belirsiz bir olaydır. Bu nedenle sigorta sistemleri (kamu/özel) geliştirilmiştir.

d. Kurumsal etkileşim (agency relationship): Alıcı (hasta) karar verme ehliyetini servis sağlayıcıya (doktor) bırakır. Burada hastanın sorunu doktorun kendi için en iyi olanı yapacağından emin olamamasıdır. Doktor, hastayı etkileyerek talebin artmasını sağlayabilir (supplier induced demand). Bazı mediko-legal düzenlemeler bu sorunun hafiflemesine yardımcı olsa da bilgi asimetrisi nedeniyle tatmin edici biri kurumsal ilişki kurmak kolay değildir.

c. Bağımsız kaynak hareketliliği (Arz koşulları): Sağlık bakımı piyasası serbest rekabete açık değildir. Piyasaya girebilmek için sağlanması gereken şartlar vardır. Diploma sahibi olmak yani tıp/eczacılık fakültesini bitirmek, ilaç ruhsatı almak, vb. Tıp eğitimi subvanse edilir, ancak fakülteye giriş (sınav) ve mezuniyet kısıtlandırılmış ve denetime bağlanmıştır. Eğitim genellikle kar amacı gütmeyen kurumlar tarafından yapılır. Pazarda sınırlı sayıda ve çeşitte becerilerin olması amaçlanır (sınırlı sayıda uzman). Sağlık çalışanları, varolan güçlü etik ve profesyonel oluşumlara uymak ile yükümlüdürler. Bunun dışında bazı yasal düzenlemeler de mevcut olabilir. Örneğin sağlıkta reklam yapma ve fiyat kırma yasağı vb.

d. Fiyatları pazar belirler: Ulusal sağlık sistemlerinde tek (ya da birkaç) alıcı vardır. Üretici talebi bilinçli olarak arttırabilir (supplier induced demand).

e. Ürün homojendir: Kalite değişkendir. Farklılıkları ölçmek kolay değildir.

f. Bilgi eksikliği (Bilgi asimetrisi): Tıbbi bakımda hasta ile hekim arasında belirgin bilgi farklılığı vardır. Sağlık çalışanları hastanın hastalığı hakkında hastadan çok daha fazla bilgi sahibidirler. Hasta doktorun tıbbi becerileri hakkında çoğu zaman yeterince bilgi sahibi değildir. Zaten çoğu durumda doktorunu seçme hakkına sahip de değildir. Birey aynı hastalığa tekrar yakalansa dahi geçmiş deneyimlerine ilişkin bilgi de zaman aşımına uğrar ve bilgi toplamak için ya zaman yoktur ya da bu iş pahalıdır. Hekim de bilgi verme konusunda pek de istekli değildir. Hatta meslekdaşlarıyla çelişkiye düşmek de istemezler. Ayrıca ahlaki gerekçelerle de reklam yapmak için dışa açılmazlar.

g. Ürünün belirsizliği: Tedavinin etkisindeki belirsizlik ve hastanın tedaviye bireysel yanıtının belirsizliği. Tedavileri sonuçları belirsizdir.

h. Dışsallık ve kamu malları: Sağlık bakımında tüketim ya da üretim faaliyetlerinden dolayı farklı gruplara yayılan dışsallık (etki) sıklıkla görülür. Aşılama, halk sağlığı önlemleri, kanalizasyon, temiz su, türünden örnekler fiziksel dışsal etki örnekleridir. Çevre koşullarının düzelmesinden herkes yararlanır. Ayrıca bulaşıcı hastalık tedavisinden dolayı da dışsallık doğar. Bazı sağlık bakımı hizmetleri de kamu malı özelliği taşır. Yani bazı hizmetler bir guruba sunulurken diğerlerini dışlamak mümkün değildir.

i. Tekelcilik: Sağlık bakımında doğal tekelleşmeye doğru bir eğilim vardır. İlaç ürünleri ile ilgili firmalar ve hastaneler buna örnektir.¹³

2.5 Sağlık Hizmetlerinde Talep ve Arz

Kıt kaynakların mümkün olduğunca etkili kullanılabilmesi için işlevsel, güvenilir bir bilgi sistemi gereklidir. Bu sistem ile kaynakların ya da ürünlerin

¹³ Nesrin ÇİLİNGİROĞLU: Sağlık Bakımı Piyasasının Temel Özellikleri
<http://www.medinfo.hacettepe.edu.tr/ders/TR/D3/7/3065.doc>

farklı bileşimler halinde farklı kullanım alanları, bunların maliyetleri bir araya gelmekte, tüketiciler ile üreticiler arasındaki kararlarda birliktelik sağlanmaktadır. Bu bilgi sistemi ve üretici-tüketici birlikteliğinin sağlanması ülkenin benimsediği genel ekonomik sistemin (sosyalizm-kapitalizm-karma) ne olduğuna ya da söz konusu mal-hizmet piyasasına özel benimsenen işleyiş kurallarına (örneğin savunma,güvenlik, eğitim, sağlık) bağlıdır.

Fiyat sistemi her ne kadar istenen düzeyde işlemese dahi, yine de ekonomik analizde temel rolü üstlenir, sağlık bakımı ile ilgili çoğu programı dolaylı olarak ya da doğrudan etkiler. Buna örnek olarak sağlık işgücü piyasasını ya da ilaç piyasasını verebiliriz. Bu nedenle sağlık sistemi incelenirken talep-arz ve piyasa dengesi kavramlarını incelemek yararlı olacaktır.

2.5.1 Sağlık Hizmetlerinde Talep

Sağlığa ve sağlık hizmetlerine olan talebin (demand) incelenmesinin iki nedeni vardır : Sağlık hizmetini kullananların ve sunucuların davranışlarını tahmin etmeye çalışmak; maliyetleri ve faydaları ölçmek. Talep teorisi temelde bir mal veya hizmeti kaç kişinin talep edeceğiyle ilgilenir ve kişilerin talebini etkileyen temel faktörler şu şekilde sıralanabilir :

t mal veya hizmetin fiyatı,

t tamamlayıcı mal veya hizmetlerin fiyatları,

s alternatif mal veya hizmetlerin fiyatı,

s gelir,

s zevkler ve tercihler.

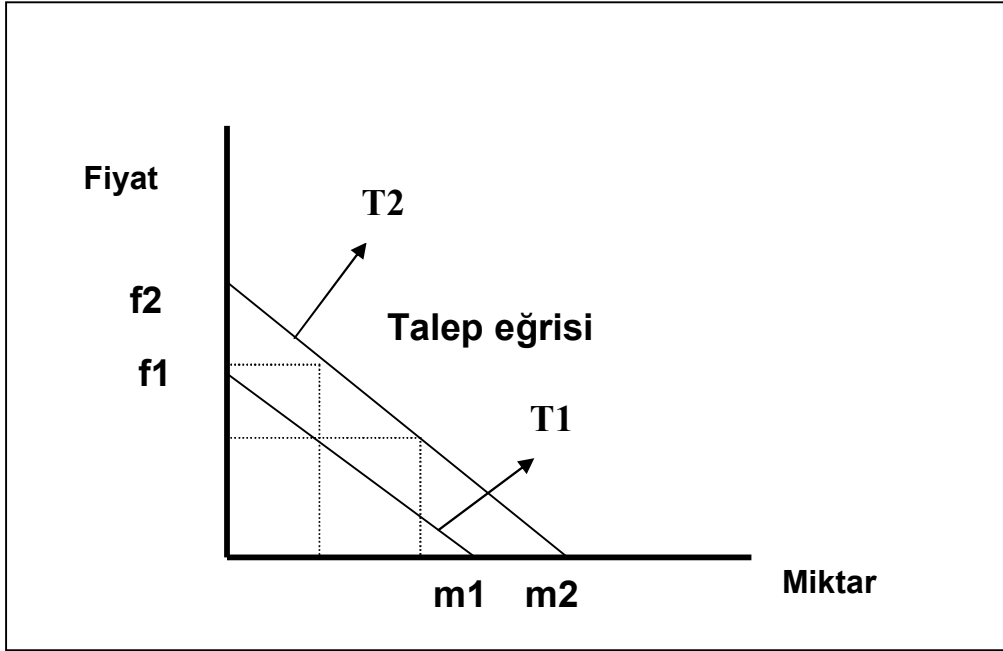
Genelde t işaretli faktörlerin etkisiyle talep azalırken, s işaretli faktörlerle artma eğilimindedir.

Bunun dışında sağlık hizmetine olan talep tıbbi bir ihtiyacin varlığına, sağlığı olumlu veya olumsuz yönde etkileyen diğer mal ve hizmetlere bağlıdır. Ancak sağlık hizmetine olan talebin gerçekte sağlığa bir talep olduğu ve sağlığın alternatif mal ve hizmetlerin çok az ve bazı durumlarda da sağlık hizmetinin hiç alternatifinin olmadığı akılda tutulmalıdır . Tüm bunlara ek olarak yukarıda da özetlendiği gibi sağlığa ve sağlık bakımına olan talep, sağlıklı olmanın ve hizmetin fiyatı ve talep edenin geliriyle bağlantılıdır. Yapılan araştırmalar göstermiştir ki, bazı sağlık hizmetlerinin fiyatı arttıkça bu hizmeti kullananların sayısı azalmaktadır.

Bir malın fiyatı ile o mala olan talebin miktarı arasında ters bir ilişki vardır. Yani bir mal veya hizmetin fiyatı arttıkça alıcıların/müşterilerin o mala veya hizmete olan taleplerinde bir azalma olur. Bir çok defa karşılaştığımız gibi geliri düşük kişiler kendilerine yazılan bir enfeksiyon reçetesinden karşılayabildikleri ilaçları satın alabilmektedir, bu da çoğu zaman antibiyotikler değil, ağrı kesiciler olmaktadır.

Kişi veya toplumların belli bir sağlık hizmetine olan taleplerinin analizi ile toplumda kimlerin bu hizmet için ve ne kadar ödeyebilecekleri veya ödemeye razı oldukları tespit edilebilir.¹⁴

¹⁴ M.Hulki UZ: Sağlık Ekonomisi ve Hastanelerdeki Uygulamaları:
<http://www.merih.net/m1/whulkuz25.htm>



Miktar = f (Fiyat, Diğer Fiyatlar, Gelir, Tercihler)

Şekil 6. Talep eğrisi ve fonksiyonu

Şekil 1’de de görüldüğü gibi, ekonomide bir mala olan talep (Miktar) değişkendir ve bir dizi faktör tarafından etkilenir: malın fiyatı, diğer malların fiyatı, gelir düzeyi ve toplumun yönetsel ve kurumsal yapısı ile bireysel zevk ve tercihlerinin- ki bunlar çok sayıda sosyo-ekonomik ve kültürel faktöre bağlıdır-. Genelde, fiyatlar azaldıkça talep artar.

Sağlık hizmetlerinde talebin oluşması diğer alanlardan farklıdır. Birey sağlık sorununun olduğunu hissedebilir (sağlık ihtiyacı). Ancak bu sorun mutlaka bir hastalık belirtisi olur ya da olmaz. Ayrıca çoğunlukla birey hasta olduğunun farkına dahi varmayabilir, hipertansiyon ya da diyabette olduğu gibi. Bu nedenle hasta hizmet kullanır ama aslında hizmet talebini pek nadir (örneğin kozmetik amaçlı cerrahi) doğrudan belirtme durumundadır. Özetle,

- Bireyler hasta olduklarında kendi çıkarlarıyla ilgili olarak sıklıkla iyi kararlar alamayabilirler.
- Öncelikler ihtiyaç hakkındaki sosyal yararlar göre belirlenir.

- Talebin düzensiz ve potansiyel olarak katastrofik oluşu sağlık bakımı hizmetlerinin ücretsiz olarak sunumu ile giderilmeye çalışılır.
- Kamunun hizmet sunumu halinde sağlık ihtiyacı gelir ve refah dağılımıyla çok ilişkili olmadığı için sağlık hizmeti bu tür etkilerden izoledir.

Gerçek yaşamda talep:

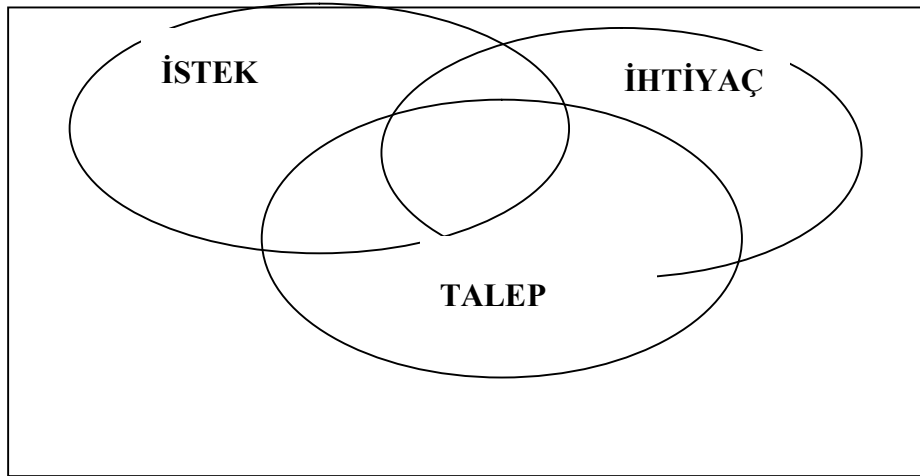
- İhtiyaç, hekim tarafından hastası adına belirlenir.
- Öncelikler hekimin profesyonel konumuna, hastanın koşullarına yönelik kanaatine ve hastanın sorun çıkartma eğilimine göre belirlenir.
- Hizmet aşamasında doğrudan mali katkının ve risk derecelendirmesi olmaması hastaları uygun olmayan koşullar için tedavi arama yolunu açar.
- Sağlık hizmetine ulaşmada farklı nitelikteki zorunluluklarla sosyal ve ekonomik sistemdeki eşitsizlikleri düzeltme çabaları genellikle pek de maliyet etkili olmayan çözümlerle desteklenir.
- Gelir arttıkça hizmet kullanımı artar.
- Fiyat arttıkça düşük gelir gruplarının kullanımı azalır.
- Hizmete ulaşmada mesafe, fizik engeller, uzun süreli beklemler, kötü muamele kullanımı azaltır.
- Hizmetle ilgili yargılar kullanımı etkiler.
- Eğitim düzeyi yükseldikçe kullanım artar.
- Yaş, yerleşim yeri, cinsiyet kullanımda etkendir.
- Kullanım kurumsal yapıya göre de farklılık gösterebilir.

Bir sağlık sisteminde kaynak dağıtımı neye göre yapılmalıdır? İhtiyaç? Ödeme isteği? Ödeme gücü? Örneğin mercedes marka araba ihtiyaç olmayabilir ancak ödeme gücü varsa satın alınır. Sağlık hizmeti beğenilmediği takdirde iade edilebilir mi? Beyaz eşyada durum nasıldır?

Garanti süresi var mıdır? Sağlık nasıl elde edilir? Alınır satılır mı? Kolayca ölçülür mü? Sağlık nerden istenir? Nasıl üretilir? Kim üretir? Ancak;

- Neden her zaman en çok sağlık getirecek şeyleri yapmayız?
- Sağlık bize fayda sağlar, ancak diğer aktiviteler de fayda sağlar. Örneğin: Yemek, içmek, uyumak, tatil yapmak, (hatta çalışmak!)
- Sağlığı artırmak (üretmek) zaman ve para harcamamızı gerektirir. Diğer tüm ürünler gibi....
- O zaman, bireyler kendi faydalanımlarını maksimize etmek için, sağlık ile diğer ürünler arasında sürekli seçim yaparlar.

Tüm bunlar da akla fırsat maliyeti kavramını getirir. Sağlık hizmetlerinin nihai amacı bireylerin (toplumun) sağlık düzeyini yükseltmektir. Bunun için de sağlığı iyileştirici gelişmelerin iyi izlenip uygulanması ve kaynakların en iyi sonuçları veren tedavilere yönlendirilmesi gereklidir. Bunun için de ihtiyaç kavramı sağlık sektöründe alınan kararların daha iyi anlaşılabilmesi için kullanılır. İhtiyaç çeşitli yollarla tanımlanabilir: Normatif ihtiyaç; hissedilen (görünür) ihtiyaç. Sağlık bakımı kullanma kararı normatif ve hissedilen ihtiyacın bir kombinasyonu olarak kendini gösterir. Ancak bazı sağlık istekleri de söz konusudur (Şekil 2).



Şekil 7. Sağlık Bakımında İstek, İhtiyaç Talep

2.5.2 Sağlık Hizmetlerinde Arz

Bir mal veya hizmete olan talebin aksine arz teorisine göre satılan mal veya hizmetin miktarı onun fiyatındaki artışla doğru orantılı olarak artma eğilimindedir. Yani bir malın veya hizmetin fiyatı ne kadar yüksek olursa o malı veya hizmeti o fiyattan satmak için daha fazla satıcı gönüllü olacaktır. Fiyattaki değişikliklere göre üretici/satıcıların piyasaya arz ettikleri mal veya hizmetin miktarlarında yaptıkları değişiklikler. Bazı mal veya hizmet üretici/satıcıları piyasaya arz ettikleri mal veya hizmetin miktarlarını, fiyattaki artış ve azalışlara göre çok kolay ve hızlı bir şekilde ayarlayabilirler. Böylece kazançlarını koruyabilir, hatta piyasada fiyatta yaşanan bu dalgalanmaya verdikleri tepkiye ve bu tepkinin hızına göre kazançlarını artırabilirler.

Ancak sağlık hizmetlerinin sunumunda daha yavaş işleyen bir cevap mekanizması göze çarpmaktadır. Bunun bazı nedenleri şunlar olabilir :

' Bir çok ülkede kullanılmayan veya az kullanılan çok az kuruluş ve eğitilmiş personel vardır. Çoğu ülkede bunlar kapasitelerinin üzerinde hizmet vermektedir.

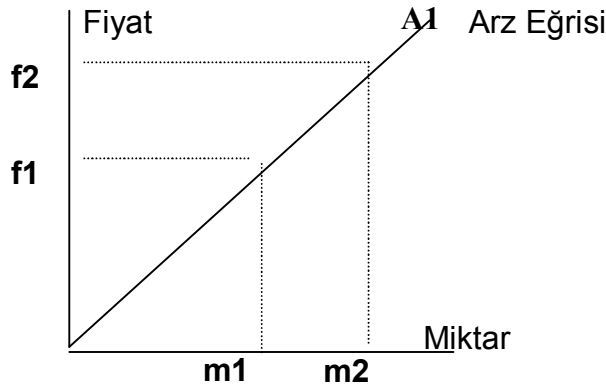
' Gerek bina, gerek bunların donanımlarının sağlanması gerekse buralarda çalışacak personelin yetiştirilmesi çok zaman alır. Bazen de yetişmiş personel başka kuruluşa, sektöre, bölgeye veya ülkeye gidebilir. Örneğin Sri Lanka'da yurt dışına giden doktorların sayısı mezun olan doktorlardan daha fazladır .

Bazı sağlık hizmetleri devlet eliyle verilmek zorunda olduğundan fiyatlardaki artışlara cevap yavaştır, hatta bazen arzı etkilememesi için cevapsız kalınır.¹⁵

Ekonomide arz, talebin simetrik anlamında kullanılır (Şekil 3). Üreticiler tarafından bir ürünün/hizmetin tüketilmek/kullanılmak amacıyla

¹⁵ M.Hulki UZ: Sağlık Ekonomisi ve Hastanelerdeki Uygulamaları:
<http://www.merih.net/m1/whulkuz25.htm>

sunulan miktarı belirli bazı değişkenler, özellikle kendi fiyatından, diğer ürünlerin fiyatlarından, arz edilen ürünün maliyetinden, diğer ürünlerin maliyetlerinden ve sosyal-ekonomik ve kültürel faktörleri içeren tercihlerden etkilenir. Arz eğrisi fiyatla sunulan miktar arasındaki ilişkiyi gösterir. Ürünün fiyatı yükseldikçe üretici daha fazla arz etmek ister.



Şekil 8. Arz Eğrisi ve Fonksiyonu

Sağlık hizmetlerinde arzın oluşması diğer alanlardan farklıdır. Özetle,

- Tedavi ve bakımda başarıya odaklanmış uygun motivasyona sahip profesyonel ahlak anlayışı vardır.
- Tedavi ve bakım olumlu yönde ve en fazla etkilenen alanlara yönelik öncelikler çerçevesinde sunulur.
- Mevcut kaynak kullanımına önceden getirilen sınırlamalarla uygulamada en az maliyetli yöntemlerin sunucularca benimsenmesi için güçlü motivasyon verilir.

Gerçek yaşamda arz: Sağlık bakımı uygulamalarında arz farklılık gösterir.

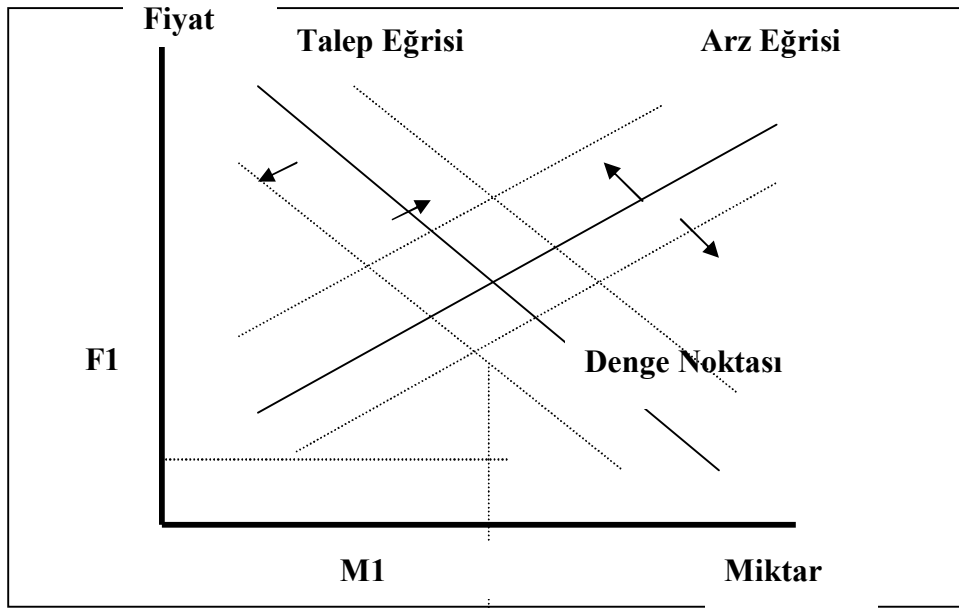
- Öncelikler en fazla mesleksi tatmini veren konulara yönelir.
- Maliyet-etkililik uygun tıbbi sorumluluk olan nitelendirilmediği için, bu tür baskılar sadece profesyoneller ile yöneticiler arasında gerilim yaratır.
- Ürün ve hizmet organizasyonu karmaşıktır.

- Arz kapasitesi insan gücü ile sınırlıdır.
- Girdi piyasaları ihtisaslaşmıştır.

Sağlık alanında toplumun amaçlarına piyasa mekanizması dışı uygulamalarla daha iyi ulaşılabilir mi? Bu konu ile ilgili iki temel görüş vardır: İlki işleyişi piyasa mekanizmasına bırakmak; ikincisi ise piyasa mekanizmasında değişiklik yapmak ya da piyasa mekanizmasının yerini alacak bir başka mekanizma bulmak . Temel amaç etkililiğin sağlanması olmakla birlikte, eşitliğin sağlanması da önemli bir amaçtır. Bu nedenlerden dolayı da sağlıkta devlet katılımı olmakta ancak uygulamalar ülkeden ülkeye değişmektedir.

2.5.3 Sağlık Hizmetlerinde Piyasa

Piyasada fiyat ve miktarlar alıcı ve satıcıların değişmeye razı olacakları noktaya gelene dek sürekli değişim halindedirler. Sonuçta arz talebe eşitlendiğinde dengeye ulaşılır. Denge noktasında F1 fiyatıyla M1 miktarında alıcı ve satıcılar buluşurlar (Şekil 4).



Şekil 9. Piyasa Dengesinin Oluşumu

Ancak, esneklikler, arz ve/veya talep koşullarındaki değişikliklere bağlı olarak denge noktası kayabilir. Talep, arz ve denge konularına değinilmesinin temel amacı sağlıkta bu alanlarda oluşturulacak politikaların ve uygulamaların olası etkisini önceden görebilmek içindir. Bir malın, örneğin sigaranın üretim ya da satın alma aşamasında konulacak bir verginin ya da çocukların büyüme ve gelişmesinde yararlı olan süt ve süt ürünlerinin fiyat sübvansiyonunun (tüketicinin eline o ürünün ucuz geçmesi) yaratacağı etkileri hesaplamakta sıklıkla kullanılır. Sağlık bakımında piyasa koşullarının çalışması diğer mal ve hizmet piyasalarından farklıdır. Zira arz ve talep geleneksel anlamda birbirini etkilemez. Sağlıkta hizmeti sunan karar vermede etkilidir.

Sağlık hizmeti sunumunda piyasa işleyişi kısaca şöyledir:

- Fatura hazırlamaya yönelik olarak maliyet verilerinin işlenmesine gerek duyulmadığı için maliyetler hakkında rutin olarak yararlı bilgi üretilemez.
- Klinisyenler maliyet hakkında çok az bilgi sahibidirler ve bu bilgiyi yönlendirmek konusunda doğrudan teşvik almaz, bazen de ters teşvikler alabilir.
- Farklı tedavilerin nispi maliyet etkileri hakkında çok az şey bilinse dahi, genel profesyonel işbirliği oluşmadan hekimler bu bilgiyi kullanmaktan da kaçınırlar.

Sağlık bakımı farklı mıdır? Sağlık bakımı diğer mallardan kıtlık kapsamı içinde farklı değildir. Dolayısıyla kaynak dağılımına ve bu dağılımı düzenleyici kurumlara ihtiyaç vardır. Ancak sağlık bakımının farklılık gösterdiği bazı durumlar da vardır:

- Sağlık bakımı hem bir tüketim (iyi düzeyde sağlık insana mutluluk, haz verir), hem de bir yatırım (sağlıklı insan daha fazla üretir) unsurudur.
- Sağlık bakımının maliyeti gelire bağlı olarak yüksek olabilir ve kötü sağlık gelir elde etme kapasitesini etkileyebilir.

- Hastalar sağlık bakımı üretimine ve tüketimine doğrudan katkıda bulunabilirler.
- Sağlık bakımı tüketme ya da tüketmeme kararı geriye dönüşü olmayan sonuçlar yaratabilir (ölüm/kalıcı sakatlık).¹⁶

Sağlığın ve sağlık hizmetlerinin doğası gereği sağlık hizmetlerinin üretiminde ve sunumunda bazı nedenlerden dolayı Piyasa şartları oluşamaz. Bunlar;

- Talep edenler tam bilgiye sahip değildirler,
- Sağlık hizmetine talepte kesinlik yoktur.
- Tekelcilik bazen kaçınılmazdır.
- Pazara giriş ve çıkışta kısıtlama olması bazen gereklidir.
- Dışsallık olabilir, hatta bazen olması da amaçlanır.
- Bazı sağlık bakımlar kamu eliyle verilmek zorundadır.
- Devlet müdahalesi kaçınılmazdır.

Ekonomik verimlilik ancak tam olarak çalışan Pazar şartlarında mümkündür. Buna karşın bir çok sektörün pazarında, bu mümkün olamamakta, sağlık hizmetleri piyasasında ise hemen hemen imkansız olmaktadır.¹⁷

2.6 Sağlık Hizmetlerinin Kullanımını Etkileyen Faktörler

Özellikle gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler arasında olduğu kadar, aynı ülke içindeki insanların sağlık düzeyleri arasındaki büyük eşitsizlik, politik, sosyal ve ekonomik olarak kabul edilemez durumdur. Sağlık hizmetlerinin kullanımını olumsuz olarak etkileyen bu eşitsizliği gidermek bütün ülkelerin ortak sorunudur. Her ülke kendi sorunlarının üstesinden gelebilmek için çözümler üretirken kendi sosyal ve ekonomik özelliklerini,

¹⁶ Doç. Dr. Nesrin ÇİLİNGİROĞLU: Sağlık Bakımı Piyasasının Temel Özellikleri
<http://www.medinfo.hacettepe.edu.tr/ders/TR/D3/7/3065.doc>

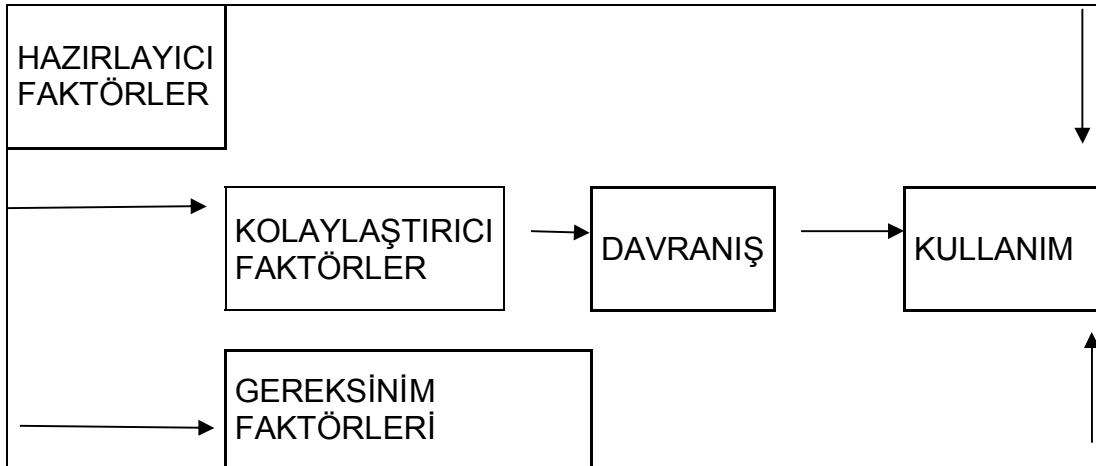
¹⁷ Osman HAYRAN, Haydar SUR: a.g.e.,136,137

kendi toplumdaki hastalık örüntüsü ve sağlık hizmetlerini geliştirebilmedeki olanaklarını göz önünde tutmalıdır.

Yapılan çeşitli araştırmalar kişilerin gerek kendi bilgi, tutum ve inançlarından gerekse içinde yaşadığı toplumun sosyoekonomik ve kültürel yapısından kaynaklanan etkenlerle birlikte sağlık örgütünün ulaşılabilirliği ve elde edilebilirliğinden de kaynaklanan bir çok etkinin sağlık hizmetlerini kullanmayı etkilediğini ortaya koymuştur.¹⁸

Bireylerin sağlık hizmeti kullanımını belirleyen çeşitli faktörler bulunmaktadır. Bu alanda sistematik çalışmaların öncülüğünü yapan, hizmet kullanımını belirleyen ana faktörler olarak şunları sıralamaktadır.¹⁹

- Hazırlayıcı Faktörler
- Kolaylaştırıcı Faktörler
- Gereksinim Faktörleri



Şekil-10 Sağlık Hizmetleri Kullanımı Süreci²⁰

¹⁸ İrfan USTA, Fevziye ÇETİNKAYA: Seçilmiş İlçe Merkezinde Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı: Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi (Ankara, Hebaral Eğitim Vakfı,1999);127-128

¹⁹ Şahin KAVUNCUBAŞI:a.g.e.,46

²⁰ (Şahin KAVUNCUBAŞI: (Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi (Ankara, Siyasal Kitapevi,2000)

Yazarlara göre bireyin hizmet arama kararı ve aldığı hizmet miktarı, bireyin özelliklerine(hazırlayıcı faktörler), hizmeti elde edebilme yeteneğine (kolaylaştırıcı faktörler) ve tıbbi bakıma duyduğu gereksinmeye (gereksinme faktörü) bağlıdır.

2.6.1 Hazırlayıcı Faktörler

Hazırlayıcı faktörler, bireyin toplumsal, ekonomik, kişilik ve davranış özelliklerini kapsar.

Tablo 6 :Sağlık Hizmeti Kullanımını Hazırlayıcı Faktörler²¹

Hazırlayıcı Faktörler		
Demografik	Sosyal-Ekonomik	Tutum ve Davranış
- Yaş - Cinsiyet - İrk - Hane halkı sayısı - Medeni durum - Hizmet kullanımı - İle ilgili geçmiş deneyim - Komşuluk ilişkileri	- Eğitim düzeyi - Meslek - Gelir - Toplumsal sınıf - İstihdam durumu - Etnik köken - Dinsel köken	- Hekimlik hizmetlerini kullanma eğilimi - Koruyucu hizmetlerin kullanımına ilişkin tutumlar - Bireye göre sağlık hizmetlerinin değeri - Hastalık bilgisi - Tepki eşiği - Tıbbi bakımdan tatmin - Sigorta planından tatmin

2.6.2 Kolaylaştırıcı Faktörler

Bireyin hizmet kullanımı ve bundan doyum sağlamasına olanak tanıyan araçlara kolaylaştırıcı faktörler denmektedir.

²¹ (Şahin KAVUNCUBAŞI: (Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi (Ankara, Siyasal Kitapevi,2000),46

Tablo 7:Sağlık Hizmeti Kullanımını Kolaylaştırıcı Faktörler²²

Kolaylaştırıcı Faktörler	
Aile • Ailenin toplam geliri • Sigorta durumu • Düzenli bakım • Başvuru süresi • Ulaşım süresi • Kuyrukta bekleme süresi • Özel muayene olanağı	Kurumsal • İkamet • Bölge • Nüfusun Hizmet kullanım oranı • Yatak başına düşen nüfus • Hizmetin ulaşılabilirliği • Hizmetin sürekliliği • Ekonomik sistem

2.6.3 Gereksinim Faktörleri

Hastalığın algılanması, yani hizmet gereksinmesinin algılanması , sağlık hizmeti kullanımına yol açan temel uyaradır.Bireyin sağlık hizmeti talebi sağlık profesyonelleri tarafından sağlık gereksinimine dönüştürülmektedir.

Tablo 8: Sağlık Hizmeti Kullanımını Etkileyen Gereksinim Faktörleri²³

Gereksinin Faktörler	
Algılanan Hastalık Derecesi • Rahatsızlık süresi • Semptomlar • Algılanan sağlık düzeyi • Sağlıkla ilgili endişeler • Ağrı-sızının yoğunluğu	Gerçek Hastalık • Tanı • Semptomlar

²² (Şahin KAVUNCUBAŞI: (Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi (Ankara, Siyasal Kitapevi,2000),47

²³ (Şahin KAVUNCUBAŞI: a.g.e,47

2.7 Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Sağlık kuruluşları çok çeşitli hizmet veren işletmelerdir. Sağlık hizmetleri amaçlarına, sağlık sorunlarına, sağlık hizmeti arz eden servislere göre değişik kriterlere bağlı olarak sınıflandırılabilir. En yalın ve genel kabul görmüş sınıflandırma şekli amaçlara göre sınıflandırmadır.²⁴

Sağlık Hizmetleri, sağlık personeli tarafından sağlık kuruluşlarında, 1. kişileri hastalıklardan korumak, 2- hasta olduklarında tedavi etmek, 3- hastalık veya sakatlık nedeniyle sağlığını kaybedenlerin rehabilitasyonlarını yapmak olarak üç grup halinde sunulur.²⁵

Sağlık hizmetleri bugünkü anlayışa göre koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici hizmetler ve sağlığın geliştirilmesi hizmetleri olmak üzere dört grupta ele alınmaktadır.²⁶

2.7.1 Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Gelecekteki muhtemel hastalık ve sakatlığın riskini, ciddiyetini ve süresini en aza indirecek veya engelleyecek, hastanın farkında olmadığı hastalık belirtileri ortaya çıkmadan önce teşhis edip tedavinin hastalığın erken döneminde yapılmasını sağlayan hastalık öncesi sağlık hizmetlerini kapsamaktadır.

Koruyucu sağlık hizmetleri tehlikenin kendisine karşı bir mücadele şeklidir. Tehlikenin önlenmesi, temelde fert ve toplum güvenliğine bir katkıyı ifade etmektedir.

Kişinin ve toplumun sağlığının korunup geliştirilmesi için kişiye ve çevreye yönelik olarak alınacak tedbirlerin tümü koruyucu sağlık hizmetleri kapsamındadır. Koruyucu sağlık hizmetleri kişilerde hastalığın tedavisi ile doğrudan ilgili değildir. Ancak aşı hariç kişilerin fiziki varlıkları ile ilgili olmakla birlikte kişilerin çevresine yönelik hizmetler sunarak fertlerin sağlığının

²⁴ Osman HAYRAN ve Haydar SUR: Sağlık Hizmetleri, (İstanbul: Yüce Yayın, 1998),22

²⁵ Cemil Sözen: a.g.e.,2

²⁶ Şahin KAVUNCUBAŞI:a.g.e.,34

korunması ve iyileştirilmesine dolaylı olarak etki eder. Aşılama, içme suyunun ve yiyeceklerin denetlenmesi, ana-çocuk sağlığı, hastalık tarama programları, hıfzıssıha tedbirleri, atıkların denetimi, hayvan hastalıklarının denetimi, hava ve su kirliliği gibi hastalık riski taşıyan çevre şartlarının kontrolü gibi faaliyetler koruyucu sağlık hizmetleri alanına girmektedir.

Günümüzde koruyucu hizmetlerin kapsamı daha da genişleyerek sağlıklı su rezervlerinin temini, halk sağlığını koruma tedbirlerinin yanı sıra beslenme, aile planlaması, kronik hastalıkların önlenmesi ve erken teşhisi gibi temel olarak tüm nüfusun sağlık hizmetlerini de kapsamaya başlamıştır.

2.7.1.1 Sağlık Ocağı: Sağlık Bakanlığı'nın tanımlamasıyla 5 ile 10 bin (ortalama 7 bin) kişilik toplumun yaşadığı coğrafi bölgedeki sağlık hizmetlerinin, halk sağlığı bilim ve sanatı altında yürütüldüğü tıbbi ve sosyal bir kurumdur. Sağlık ocağının görevleri:

- Ana-çocuk sağlığı hizmetleri
- Sıtma eradikasyonu hizmetleri
- Verem savaş hizmetleri
- Frengi ve lepra savaş hizmetleri
- Trahom savaş hizmetleri
- Aile planlaması hizmetleri
- Çevre sağlığı hizmetleri
- Sağlık eğitimi hizmetleri
- Aşı uygulaması hizmetleri
- Öteki bulaşıcı hastalıklarla savaş hizmetleri
- Hasta bakımı hizmetleri
- İlk ve ivedili yardım hizmetleri
- İstatistik işleri
- Okul sağlığı hizmetleri

- Laboratuvar hizmetleri
- Preperat, serum ve öteki materyalin gönderilme işleri
- Parasız ilaçların dağıtım işleri
- Ücretle satılacak ilaç işleri
- Hizmet içi eğitim işleri
- Sağlık ocaklarına bağlı sağlık evlerinin saptanma işleri
- Yazı işleri
- Araç ve gerecin kullanılması ve saklanması işleri
- Ayniyat işleri
- Sosyal Yardım işleri
- Toplum kalkınmasına yardım hizmetleri
- Gezi işleri
- Yapılması gerekli öteki işler

2.7.1.2 Sağlık Evleri: sağlık ocağına bağlı olarak çalışan ve her 2000-2500 nüfusa hizmet götürmek üzere kurulmuş, çok yönlü hizmet veren kuruluşlardır. Sağlık evinde en önemli görev, ana ve çocuk sağlığı hizmetleriyle, toplumsal ve kişisel temizlik, uygun ve ekonomik beslenme, kadınların analık ve ev kadınlığı konularında eğitilmeleri, aşı uygulaması, ölüm ve doğumların araştırılıp bulunarak izlenmesidir.

2.7.1.3 Halk Sağlığı Laboratuvarı: Koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında fiziki, biyolojik ve sosyal çevreden kaynaklanan ve insan sağlığını olumsuz yönde etkileyen etmenlerin, fiziksel, kimyasal, biyokimyasal, bakteriyolojik, mikolojik, virolojik, hematolojik, serolojik ve parazitolojik vb. yönden tanı, inceleme ve analizlerini yaparak, alınması gerekli tedbirler açısından koruyucu sağlık hizmetlerini yönlendirici verileri ortaya koyan, gıda maddeleri ve suların halk sağlığı yönünden kontrollerini yapan, kendi bölgesindeki İlçe

Halk Sağlığı Laboratuvarlarının ekipman yetersizliğinden dolayı yapamadığı analizleri yapan, danışmanlık ve eğitim hizmeti veren birimlerdir.²⁷

koruyucu sağlık (hekimlik) hizmetleri çevreye ve kişiye yönelik hizmetler olarak ikiye ayrılır.

Sağlığı Koruyucu Hizmetleri: Ülkemizde sözü geçen birçok hekim ve yönetici, koruyucu hekimlik hizmetini hâlâ Birinci Dünya Savaşından önce kabul edilen çerçevede anlarlar. Bunlara göre koruyucu hekimlik hizmetleri bulaşıcı hastalıklarla savaş için çevreyi olumlu duruma getirmek ve aşılama programları uygulamaktır. Zamanımızda koruyucu hizmetleri şu iki temel gruba ayırmak zorunluluğu vardır:

1. Çevreye yönelik hizmetler: Suların kontrolü, atıkların yok edilmesi, vektörlerle savaş ve besin kontrolü gibi hizmetler,
2. Kişiye yönelik hizmetler: Halkın sağlık konularında eğitimi, aşılama, beslenme, erken tanı ve tedavi amacıyla tarama ve periyodik muayeneler ve aile planlaması hizmetler.

2.7.2 Tedavi Hizmetleri

Tedavi Hizmetleri: Gelişmiş batı ülkelerinde ve sosyalist ülkelerde tedavi hizmetlerini inceleyenler -halkın kültüründen gelen davranışlar ve hükümet ve sigorta kurumlarının koyduğu kurallar sonucu- bu hizmetlerin aşağıdaki gibi iki basamaklı bir sistem olarak geliştiğini saptamışlardır:

²⁷Mustafa BULUN,Fatih DEMİRBAŞ,M.İ.Safa KAPICIOĞLU: Koruyucu Sağlık Hizmetlerinde Bilişim Teknolojileri Kullanımının Önemi <http://ab.org.tr/ab02/tammetin/57.doc>

2.7.2.1 İlk Basamak, Evde - Ayakta Tedavi Hizmeti (Primary Care)

Bu basamakta köy ve mahallelere dağılmış hastaları evde ve ayakta tedavi eden tek başına, grup halinde ya da sağlık merkezlerinde çalışan hekimler vardır. Uzmanlaşmanın en ileri olduğu ülkelerden biri olan Amerika Birleşik Devletlerinde (A.B.D.) kırsal bölgeden en büyük kentlere kadar her 2.000 kişiye, evde ve ayakta tedavi eden bir genel pratisyen vardır. İngiltere ve diğer batı ülkelerinde de durum aynıdır. Sovyet Sosyalist Cumhuriyetler Birliğinde (S.S.C.B.) evde ve ayakta tedavi hizmeti yürüten örgütlerde 800-1.000 kişiye bir hekim düşmektedir. Az gelişmiş ülkelerde, her hizmet gibi, evde-ayakta tedavi hizmeti de gelişmemiştir. Bu ülkelerin çoğu, sınırlı kaynaklarını hastaneciliğe yöneltmişlerdir. Sadece Çin Halk Cumhuriyetinde durum farklıdır. Bu ülke, çıplak ayaklı doktor (bare-foot doctor) diye tanınan, sadece sık görülen hastalıkları tedavi etmesini bilen düşük düzeyde eğitim görmüş hekimler yetiştirerek sorunu çözmüştür.

2.7.2.2 İkinci Basamak, Hastanede Tedavi Hizmeti (Secondary Care)

Gelişmiş ülkelerde hastaneler gelişmeden çok önce, evde - ayakta tedavi hizmetleri toplum içinde yerleşmişti. Hastaneler bu temelin üstünde ikinci bir basamak olarak gelişmiş ve ilk basamak hizmetlerini tamamlayan bir hizmet olmuştur. Sağlık hizmetleri gelişmiş ülkelerin hemen hepsinde, evde ve ayakta tedavi yapan hekimlere görünmeden, kimse doğrudan hastaneye gitmez ya da gidemez. Ancak ilk basamaktaki hekim gerekli görürse hastaneye yollar. Örnek olarak Almanya, İngiltere ve sosyalist ülkeler gösterilebilir. Almanya'da zenginlere bakan klinik şefleri dışında hastane uzmanları konsültasyon için bile ayaktan hasta muayene edemezler.²⁸

²⁸ Nusret FİŞEK:Halkımıza Sağlık Hizmetlerini Nasıl Götürebiliriz:
www.ttb.org.tr/n_fisek/kitap_3/6.html - 54k

2.7.2.3 Üçüncü Basamak Tedavi Hizmetleri

İleri tetkik ve özel tedavi gerektiren hastalıklar için düzenlenen sağlık hizmetleridir. Bu hastaneler, en yüksek tıp teknolojilerinin uygulandığı gelişmiş tedavi merkezleridir. Üçüncü basamak sağlık kuruluşları genellikle ya belli bir hastalığın tedavisi ile ilgilenir ya da belli yaş gruplarına hizmet verir. Ülkemizde ruh ve sinir hastalıkları hastaneler, çocuk hastaneleri, kanser hastaneleri, meslek hastalıkları hastaneleri, üniversite hastaneleri bu tür hizmet veren kuruluşlardandır.²⁹

2.7.3 Rehabilitasyon Hizmetleri

Rehabilitasyon hizmetleri; hastalık ve kazalara bağlı olarak gelişen kalıcı bozukluklar ve sakatlıkların günlük hayatı etkilemesin engellemek ya da bu etkiyi en aza indirmek, kişinin bedensel ve ruhsal yönden başkalarına bağımlı olmadan yaşamasını sağlamak amacıyla verilen sağlık hizmetlerini kapsar. Rehabilitasyon hizmetleri, eşgüdümlü ve bütünlük gösteren tıbbi, sosyal, eğitsel ve mesleki faaliyetler aracılığıyla, kaza ve hastalık sonucu sakatlanan kişilere olanaklı olduğunca yüksek işlevsel beceriler kazandırmayı amaçlamaktadır.³⁰

İki türlü rehabilitasyon vardır:

a)Tıbbi rehabilitasyon: Bedensel sakatlıkların mümkün olduğu kadar düzeltilmesidir.

b)Sosyal (mesleki) rehabilitasyon: Sakatlıkları nedeniyle eski işlerini yapamayanlara ya da belirli bir işte çalışamayanlara iş öğretme, iş bulma ve işe uyum sağlamalarına yönelik her türlü hizmeti kapsar.

²⁹ Zafer ÖZTEK: Sağlıkta Kavramlar, (Ankara: Yeni Türkiye Dergisi, Sayı:39,2001),297

³⁰ Şahin KAVUNCUBAŞI:a.g.e.,45

2.7.4 Sağlığın Geliştirilmesi

Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri sağlıklı kişilerin, sağlık kurumlarını daha üst düzeye yükseltmek için sağlanan hizmetlerdir. Sağlığın geliştirilmesi hizmetlerinde temel sorumluluk, bireylere aittir.³¹ Sağlığın geliştirilmesi, bedensel ve zihinsel sağlık durumu, yaşam kalitesi ve yaşam süresinin yükseltilmesini amaçlamaktadır. Bugün bir çok hastalık bireylerin yaşam tarzlarından, alışkanlıklarından ortaya çıkmaktadır.

2.8 Hastaneler Hakkında Genel Bilgiler

Onaltıncı yüzyıldan başlayarak hastanelerin toplumsal gerek ve zorunluluk sonucu gelişmeye başladıklarını görüyoruz. Ancak, gelişen bu hastaneler, daha çok toplumsal amaçlı hastanelerdi. Teknolojinin hastane hizmetlerine girmeye başlaması da bu sırada olmuştur. Yeni politik, ekonomik ve toplumsal düşüncelere koşut olarak tıbbi amaçlı hastaneler İsa'nın doğumundan sonraki 1800 yıllarında kurulmuşlardır. Bu sırada laboratuvarlar ve hemşire okulları da açılmaya başlamıştır. 1909 yılında General Hospital'de sosyal hizmet çalışmalarına başlanmıştır. Bu başlama, sağlık hizmeti sunada, yataklı kurumlar açısından bir anlayış değişikliğinin belirtisidir.

Ondokuzuncu yüzyıldan başlayarak, gelişen pozitif bilimlere koşut olarak tıp bilimi de gelişmiş ayrıca hastanelere olan istek de fazlalaşmıştır. Bunun yanı sıra hekimlik ve hemşirelik hizmetlerine ek olarak sosyal çalışma, beslenme, tıbbi dokümantasyon, personel mali yönetim, teknik bakım, muhasebe, istatistik ve de depolama gibi, yönetim hizmetlerinin önemi sürekli artmıştır.³²

³¹ Şahin KAVUNCUBAŞI: a.g.e., 46

³² Nevzat EREN; Sağlık Hizmetlerinde Yönetim (Ankara, Neyir Matbaa, 1989) 131-132

2.8.1 Hastanelerin Tanımı

Dünya Sağlık Teşkilatı (WHO) hastaneleri, "müşahade teşhis, tedavi ve rehabilitasyon olmak üzere gruplandırılabilir sağlık hizmetleri veren, hastaların uzun veya kısa süreli tedavi gördükleri, yataklı kuruluşlar" olarak tanımlamaktadır. Benzer bir tanının yer, aldığı SSYB Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'nde ise hastaneler, "hasta ve yaralıların, hastalıktan şüphe edenlerin ve sağlık durumlarını kontrol ettirmek isteyenlerin, ayaktan veya yatarak müşahade, muayene, teşhis, tedavi ve rehabilite edildikleri; aynı zamanda doğum yapılan kurumlar" olarak tanımlanmaktadır.

Hastaneler, esas işlevleri, olan "Hasta ve yaralıların, tedavisi" faaliyetleri ile tanımlanmaktadır. "Eğitim" "araştırma ve geliştirme" ile "toplumun sağlık seviyesinin yükseltilmesine katkıda bulunma veya toplumsal sağlık programlarına katılma" olarak adlandırılan ve yine hastanelerde yürütülen diğer işlevler dikkate alındığında, yukarıdaki tanımların eksik olduğu söylenebilir. Ancak eskiden beri hastanelerin değişmeden gelen esas işlevi, tedavi hizmetinin verilmesi olmuştur. Sözü edilen diğer işlevler, tedavi işlevinin iyi bir şekilde yerine getirilmesini sağlayan veya kolaylaştıran ve esas işlevin türevleri diyebileceğimiz işlevlerdir . Bu açıdan bakıldığında "hasta tedavisi", diğer işlevleri içeren, dolayısıyla yukarıdaki tanımların yeterli olmasını sağlayan bir işlevi olarak düşünülebilir. ³³

Hastane; hasta ve yaralıların, hastalıktan şüphe edenlerin ve sağlık durumlarını kontrol ettirmek isteyenlerin, ayakta ya da yatarak müşaade, muayene, teşhis, tedavi ve rehabilite edildikleri yataklı kuruluşlardır.

Günümüzde hastaneler; tedavi ve tıbbi bakım fonksiyonlarının yanı sıra, hekimlerin ve yardımcı sağlık personelinin eğitimi, tıbbi araştırma ve

³³ Hikmet SEÇİM: Hastanelerin Tanımı, Sınıflandırılması ve İşlevleri
<http://www.merih.net/m1/hastmod1.htm>

toplum sağlığı gibi bir kuruluş, ekonomik bir işletme, doktor ve diğler personeline eğitim veren bir eğitim kurumu, bir araştırma birimi, birçok meslek gruplarından kişilerin çalıştığı bir örgüt, sosyal bir kurum ve çoğunluğu kamu kuruluşu niteliğinde olan hizmet işletmeleridir.³⁴

2.8.2 Hastanelerin Amaçları

Hastanelerin başlıca dört görevi vardır:

1. Hasta Bakımı Görevi

Hasta bakımını kuramsal olarak ikiye bölebiliriz:

- a. Tıbbi Bakım: Hekimin hastayı muayene etmesi, tanı ve tedavi hizmetlerin kapsar.
- b. Hastane Bakımı: Başta hemşirelik hizmetleri olmak üzere, hastanenin genel ve özel tüm hizmetlerini kapsamı içine alır.

Bu açıklamalara göre, hastanede çalışan herkesin doğrudan ya da dolaylı, az ya da çok hasta bakımı ile ilgisi vardır.

2. Hastanelerin Eğitim Görevleri

Bu görevler de üç bölüme ayrılarak incelenebilir.

- a. Tıbbi personelin eğitimi
- b. Hemşirelerin eğitimi
- c. Diğler personelin eğitimi,

3. Hastanelerin Araştırma Görevleri

Her kurumda olduğu gibi hastanelerin bütün bölümlerinin eğitim çabalarına koşut olarak araştırma yapmak görevleri de vardır.

³⁴ Prof. Dr. Hüseyin ÖZGEN:Çağdaş Hastane Yönetim Anlayışı ve Türkiye'deki uygulamalar: <http://www.merih.net/m1/hastane2.htm>

4. Hastanelerin Koruyucu Hekimlik Hizmetleri

Hastanelerde yatan hastalarda tanı konan tüm enfeksiyonlar bulunabilir. Gerek hastaları ve personeli için, gerekse hasta sahipleri için gereken koruyucu önlemlerin hastane yönetimlerince alınması gereklidir.³⁵

R.E. Brown, hastaneler belli amaçları yerine getirebilmek için; tedavi hizmetlerin gerçekleştirdikleri için tıbbi bir kuruluş yöntemlerinde ekonomilerinin asıllarının geçerli olması nedeniyle ekonomik bir işletme, doktorların ve başka sağlık personelinin eğitimlerindeki rolleri nedeniyle eğitim kurumu, araştırmaya olan katkıları nedeniyle bir araştırma kurumu, belli meslek gruplarından kişilerin çalıştığı ve bu gruplar arasında amaç ayrıcalıkları bulunması nedeniyle mesleki bir örgüt, ödeme gücüne bağımlı olmadan gereksinimi olan her kişiye hizmet sunmaları nedeniyle sosyal bir kurum belirli bir coğrafi bölgeye hizmet götürmesi nedeniyle toplumsal bir girişim, devletin hastaneler üzerindeki denetiminden ötürü bir kamu kuruluşu, kısmen veya tam olarak toplumun yardımlarıyla çalışmalarını sürdürmelerine göre bir hayır kurumu, niteliklerini taşıdığını savunmaktadır.³⁶

2.8.3 Hastanelerin Özellikleri

1. Hastaneler Birer Hizmet Organizasyonlarıdır

Hastaneler öncelikle müşterilerine yarar sağlayan hizmet organizasyonları arasında sayılmıştır. Çünkü hastanelerin varoluşundan yararlananların başında hastanenin müşterileri yani hastalar gelmektedir. Diğer bir deyişle hastaneler hastaların tedavi görmeleri amacına dayalı olarak mevcudiyetlerini sürdürmektedirler. Çünkü gerek hastanelerde; gerekse diğer organizasyonlarda, organizasyonun hayatını sürdürebilmeli, birinci derecede

³⁵ Nevzat EREN:a.g.e.,132-133

³⁶ Hikmet SEÇİM: Hastane İşletmeciliği (Eskişehir:Anadolu Üni.Yayınları,No:843,1995),272

çıkarlarına hizmet ettiği kimselere yararlı olmaya devam etmesine bağlıdır. Dolayısıyla hastalara tedavi hizmeti veremeyen bir hastanenin, üyelerinin menfaatini koruyamayan bir sendikanın, sahibine kar sağlayamayan bir işletmenin, toplum yararına faaliyet gösteremeyen bir polis örgütünün mevcudiyetinin de anlamı olmamaktadır. Ancak toplumun sağlık seviyesinin yükseltilmesine katkıda bulunan (Koruyucu Sağlık Hekimliği) fonksiyonu düşünüldüğünde hastanelerin kamu yararına faaliyet gösteren kuruluşlar arasında yer aldığı ileri sürülebilir. Fakat hastanelerin esas kuruluş nedeni hastalara tedavi hizmeti vermek olduğu için, hizmet organizasyonları arasında sayılmıştır.

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

Hasta kendisi için gerekli olanı bilemediği için istismara açıktır. O'nun menfaatinin korunması hastanenin görevidir. Bu görevin layıkıyla yerine getirilebilmesi, hastane görevlilerinin, hastanın sağlığını ön planda tutmalarıyla mümkündür. Hastanın kendisine uygulanan ,tedaviyi kontrol etme olanağı olmadığından tedavi hizmetlerinin gözetimi ve denetimi, tıbbi hizmetlerin organizasyonunda önem kazanan hususlar olmaktadır. Özellikle hastanelerinde yapılan klinik araştırmalar, hasta açısından risk unsuru taşıdığından, bu gözetim ve denetim konusu daha da önemli hale gelmektedir.

2. Hastaneler Karmaşık Yapıda, Açık-Dinamik Sistemlerdir

Hastaneler karmaşık yapıda organizasyonlardır. Hatta benzer büyüklükteki diğer organizasyon en karmaşık alanıdır: Hastanenin karmaşık yapıda olmasının çeşitli nedenleri bulunmaktadır. Bunlardan biri, hastane dışında hastaneyi etkileyen etmenlerin yani hastane çevresinin çok karmaşık olmasıdır . Bu husus özellikle ABD ve Avrupa ülkelerinde geçerlidir. Çünkü bu

lkelerde mesleki örgütlerin, kamu kuruluşlarının ve sigorta şirketlerinin hastaneler üzerinde önemli etkileri bulunmaktadır. Ayrıca, yine bu ülkelerdeki hastanelerde gönüllülerin ve rahibelerin faaliyetleri önemli yer tutmaktadır.

Hastane evresinin karmaşık olusunun diğerk bir nedeni de, çok sayıda farklı hastalıklardan şikayetçi olan hastaların hastaneye gelişlerindeki düzensizliktir. Bu yüzden, herhangi bir an için hastaneye olan talep doğru olarak tahmin edilememektedir . Hastaneye gelen hastanın tedavi talebinin, acillik zelliğiki göstermesi ve reddedilemez nitelikte olusu, gerek donanım, gerekse personel açısından hastanenin her zaman kullanıma hazır tutulmasını gerektirmektedir, Bunun bir,sonucu olarak, hastanede tam kopa site çalışmayan ve zarar eden servisler veya birimler kapatılamamaktadır. Bu ise, hastanede fazla sayıda personel istihdamına yol açmaktadır.

Hastanedeki aşırı işbölümü ve uzmanlaşma, yapısal , karmaşıklığiki yol açan nedenlerden bir başkasıdır. ABD'de Department of Labor tarafından 1971'de 27 hastanede yapılan araştırmada 800 değikişik is unvanı saptanmıştır.. Bu derecede ayrı uzmanlıklarda bölünme olan personel, birbirlerine göre çok farklı seviyelerde ve farklı alanlarda eğikim görmüştür. Yine bu personel kendi içinde çok farklı ihtiyaçlara, değiklere, eğikimlere ve tutumlara sahiptir.

Hastane içindeki birimler arasında ve hastaneyle hastane dışındaki kurum ve kuruluşlar arasındaki ilişkilerin sürdürülmesi ve koordinasyonun sağlanması konusunun hastanelerde önem kazanması hastane içindeki g'n hekimlerden, tip kökenli olmayan ve hastane idareciliğiki alanında formal eğikim görmüş idarecilere kaymasında etkili olmuştur.

Hastanedeki karmaşıklığiki diğerk bir nedeni de, kullanılan teknolojinin karmaşık olusudur. Tıbbi teknolojinin hızla gelişmesi sonucu, teşhis ve tedavide kullanılan cihazlar, hem sayı olarak artmış hem de yalnızca uzmanların kullanabileceğiki bir özellik kazanmıştır.

Geribildirim mekânizmasının hastaneler için önemli olduğudur. Çünkü hastanenin etkinliğini tam olarak belirleyebilmek için bu mekanizmadan yararlanılmaktadır.

3. Hastaneler Matriks Yapıda Faaliyet Gösteren Organizasyonlardır

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

Tıbbi hizmetlerden sorumlu olan başhekim, hemşirelik hizmetlerinde sorumlu olan başhemşire birer fonksiyonel yöneticidir.

4. Hastaneler Günde 24 Saat Hizmet Veren Organizasyonlardır

Hastaneye gelen hastanın tedavisi acillik ve reddedilemezlik özelliği gösterdiği ve hastanedeki bir kısım hastanın sürekli bakım altında tutulması gerektiği için hastanelerde tüm gün boyunca hizmet verilmektedir. 24 saat boyunca hizmet verilebilmesi için hastanedeki bir kısım personel vardiya ve/veya nöbet usulü ile çalıştırılmaktadır.

5. Hastaneler Personelinin Önemli Bir Kısım Bayanlardan Oluşan Organizasyonlardır

Hastanedeki insan gücünün önemli bölümünü, yaklaşık üçte birini bayanlar oluşturmaktadır.³⁷

2.8.4 Hastanelerin Sınıflandırılması

Hastaneler verdikleri tedavi hizmetlerinin türüne, yönetim ve kadrolarına, finansal kaynaklarının türüne (mülkiyet türüne), büyüklüklerine (yatak kapasitelerine), hastaların hastanede kalış sürelerine, kadrolu

³⁷ Hikmet SEÇİM: Organizasyon Açısından Hastanelerin özellikleri <http://www.merih.net/m1/hastmod2.htm>

personelinin kompozisyonuna göre sınıflandırılabilir. Fakat yapılan sınıflandırmalarda genellikle, "verilen tedavi hizmetinin türü", "hastaların hastanede kalış süreleri", "finansal kaynakların türü yani mülkiye türü" ve "büyüklükleri" esas alınmaktadır. Verilen tedavi hizmetinin türüne göre hastaneler iki grupta toplanmaktadır: Genel ve özel dal hastaneleri. Genel hastaneler, her türlü acil vaka ile yas cinsiyet farkı gözetilmeksizin, bünyesindeki mevcut uzmanlık dallarıyla ilgili hastaların kabul edildiği hastanelerdir. Özel dal hastaneleri ise, belirli bir yas veya türde hastaların kabul edildiği hastanelerdir. Sözelgeşi, çocuk hastaneleri ve doğumevleri bu gruba girmektedir. Bu ayırma bağı, olarak yapılan başka bir ayırım da, eğitim hastaneleri ile eğitim vermeyen hastaneler seklindedir. Eğitim hastaneleri, öğretim, eğitim ve araştırma yapılan uzman ve ileri dal uzmanları yetiştirilen genel ve özel dal hastaneleridir. Burada sözü edilen eğitim, hekimlere uzmanlık kazandırmayı amaçlayan eğilimdir. Pek çok hastanede yardımcı tip personeli ve öğrenci hemşirelere verilen klinik eğitim, bu hastanelerin eğitim hastaneleri olarak sınıflandırılması için yeterli olmamaktadır.

Diğer bir sınıflandırmada ise "hastaların hastanede kalış süreleri" esas alınmaktadır. Buna göre hastaneler kısa süreli hastaneler ve uzun süreli hastaneler olarak ikiye ayrılmaktadır. Kısa, süreli hastaneler hastalarının %50'den fazlasının 30 günden az hastanede kaldığı, hastanelerdir. Türkiye'deki Devlet Hastaneleri bir gruba örnek olarak gösterilebilir. Uzun süreli hastaneler ise, hastalarının yarıdan fazlasının bir aydan daha fazla hastanede kaldığı hastanelerdir. Sözelgeşi, psikiyatri hastaneleri ve tüberküloz hastaneleri bu gruba girmektedir.

Finansal kaynakların türüne diğer bir deyişle mülkiyet esasına göre sınıflandırma başka bir sınıflandırma türüdür. Burada hastanelerin, mülkiyetinin hangi kurum ve kuruluşlara ait olduğunu veya kurum ve kuruluşların niteliğine göre sınıflandırma yapılmaktadır. Bu esastan hareket edildiğinde Türkiye'deki hastaneler SSYB'na, SSK'ya, IDT'ne, Tip

Fakültelerine, Belediyelere yabancılara, azınlıklara derneklere, SSYB dışındaki Bakanlıklara ve özel kesime ait hastaneler olarak sınıflandırılabilir. Hastanenin mülkiyetine sahip kurum veya kuruluş , genellikle hastaneyi yönetme ve kontrol yetkisine de sahiptir. Bu nedenle "mülkiyet",ve "yönetim ve kontrol" esaslarına göre yapılan sınıflandırmalar çoğunlukla aynı sınıflandırma olmaktadır. Fakat, ABD'de kar amacı gütmeyen hastanelerde olduğu gibi yönetimle mülkiyet ayrılabilir. Hastanelerin mülkiyet esasına göre sınıflandırılmaları hastane organizasyonu açısından önem taşımaktadır. Çünkü mülkiyete sahip kurum veya kuruluşlar, yönetim ve kontrol yetkilerine de sahip oldukları takdirde, hastanenin üst kademe yönetim organları olarak organizasyon içinde yer olmaktadır.

Organizasyon açısından diğer bir önemli sınıflandırma da; hastanelerin büyüklüklerine (yatak kapasitelerine) göre sınıflandırılmasıdır. Çünkü hastane büyüdükçe bazı yeni hizmet birimlerine ihtiyaç duyulacağı gibi diğer bazı birimler de yeterli büyüklüğe ulaşacaklarından organizasyonlarında değişiklikler olacak; böylece hastane içindeki idari kademelerin ve pozisyonların sayısında artışlar olabilecektir. Büyüklüklerine göre hastaneler 25, 50, 100, 200, 400, 600, 800 ve üstü yatak kapasiteli hastaneler olarak sınıflandırılmaktadır.

Hastaneler tanımlanırken zorunlu olarak işlevlerden söz edilmiştir. Günümüzde bu işlevler genellikle, "hasta ve yaralıların tedavisi", "eğitim" "araştırma ve geliştirme" ile "toplumun sağlık seviyesinin yükseltilmesine katkıda bulunma (koruyucu sağlık hizmetleri)" olarak sınıflandırılmaktadır.³⁸

³⁸ Hikmet SEÇİM: a.g.m

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİNDE HİZMET KALİTESİNİN ÖLÇÜMÜNE YÖNELİK BİR ARAŞTIRMA

3.1 Sağlık İşletmelerinde Servqual Ölçeğinin Uygulanması

3.1.1 Araştırmanın Konusunun Önemi

Bilindiği gibi sağlık kuruluşları çok önemli ve hayati hizmetler veren işletmelerdir. Çünkü sağlık hizmetleri doğrudan insan yaşamı ile ilgilidir ve bu konuda yapılacak herhangi bir hata dönülmesi imkansız sonuçları neden olabilecektir. Bu nedenle bu tür kuruluşlardaki teknik ve fonksiyonel kalitenin önemi tartışmasızdır.

Bir toplumdaki sağlık sisteminin iyi işlemesi bir yandan iş gücü kayıplarının minumuma indirip verimliliği artırmakta, diğer yandan da gelecekteki tıbbi bakım ve masraflarından ve ileride ortaya çıkabilecek kayıplardan tasarruf sağlamaktadır.¹

Hizmet kalitesindeki gelişmelerin bir işletmeye daha fazla yeni müşteri kazandıracağı, mevcut müşteriyle iş hacmini artıracacağı, işletmeyi fiyat yönlü rekabetlerden sıyrabileceği ve hataların telafi etmek için harcanan emek ve masrafı azaltabileceği kanıtlanmıştır. Dolayısıyla hizmet işletmelerinin temel amaçlarından biri hizmet kalitesini geliştirmek olmalıdır.

Kalite kavramının özünde sürekli iyileştirme yattığı için, hizmet kalitesinin ölçülmesi gerekmektedir. Ölçülemeyen şeyin iyileştirilemeyeceği açıktır. O halde, hizmet kalitesinin ölçümde belli hususlar dikkate alınarak yapılmalıdır.

¹ Mesiha SAAT: Sağlık Tesisleri İçin Yer Seçimi Modelleri ve Tam Sayılı 0-1 Programlama ile Optimizasyon, Yayınlanmamış Doktora Tezi,(Ankara,1994),1

Hizmet kalitesinin ölçümünde yaygın olarak kullanılan ölçeklerden biri SERVQUAL diye kısaltılan Parasuman, Zeithaml ve Bery tarafından geliştirilen modeldir. Bu ölçek esas itibariyle beş kalite boyutundan oluşmaktadır. Bunlar; gözle görülür imkanlar, anında hizmet, doğru ve güvenilir hizmet, güven telkin etme ve müşteriye tanıma anlamadır.

Hastanelerin verdiği tıbbi bakım ve tedavi hizmetlerinde hastaların beklentilerini karşılamak, tıbbi hatalardan uzak, günün gelişmiş tanı ve tedavi olanaklarını kullanmak, kaliteli ve etkin bir şekilde hizmet sunmak hastane yönetiminin amacı olmalıdır.²

Hastane hizmetleri; Sağlık Bakanlığı, Milli Savunma Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, bazı Kamu İktisadi Teşebbüsleri, Üniversiteler ve özel sektör tarafından sağlanmaktadır. Toplam 1.220 hastanenin 742'si Sağlık Bakanlığı tarafından yönetilmektedir. Bakanlığın toplam yatak sayısı 84.320'dir. Bu hastanelerin yatak işgal oranı % 60'dır. SSK'ya ait 116 hastanede tedavi hizmetleri verilmekte olup(Şubat 2006 yılında Sağlık Bakanlığı'na devredilmişlerdir.),yatak sayısı 27.300, yatak işgal oranı yaklaşık %68.4'dür. 230 Özel Hastanenin toplam 11.500 hasta yatağı bulunmaktadır.

Ülkemizde , hastanelerin sayısal olarak;
yüzde 71'i Sağlık Bakanlığı,
yüzde 19'u özel,
yüzde 3'ü Milli Savunma Bakanlığı,
yüzde 3'ü Üniversite,
yüzde 4'ü diğer kurum ve kuruluşların hastaneleri olup,
hasta yataklarının;
yüzde 66'si Sağlık Bakanlığı,

² Mehmet Akif ÇAKIRER: Hastanelerde Hizmet Kalitesi ve Hizmet Kalitesinin Ölçümü:
<http://www.sitetky.com/frameset/tky/tkymain31.html>

yüzde 14'ü Üniversite,
yüzde 9'u Milli Savunma Bakanlığı,
yüzde 7'si özel hastanelere aittir.

Sağlık Bakanlığı'na bağlı yataklı tedavi kurumlarının yüzde 86'sı genel hastane iken, Bakanlık dışı yataklı tedavi kurumlarında bu oran yüzde doksanları geçmektedir. Sağlık Bakanlığı yataklı tedavi kurumları hasta yataklarının yüzde 26.5'u üç büyük ilde, yüzde 35.7'si kalkınmada öncelikli 50 ilde yer almaktadır.³

İstatiski verilere bakılınca Sağlık Bakanlığı ülkemizde sağlık hizmetlerini büyük ölçüde hem hizmet veren hem de sunan konumundadır. Her ne kadar öncelikli amaçları kar maksimizasyonunu sağlamak olmasa da üretmiş oldukları hizmet kalitesi toplum sağlığı için büyük önem taşımaktadır.

Özel hastanelerin sağlamış oldukları hizmet kalitesiyle Sağlık Bakanlığı Hastanelerinde rekabet sağlanması için;

- Özgür iradeye sahip bilgili ve etkin idareceler atanmalı,
- Hastane hizmetlerinin planlanması ve kaynak yönetimi Sağlık Bakanlığı tarafından değil de hastane idarecileri tarafından yapılmalıdır.

3.1.2 Araştırmanın Kapsamı

Araştırma, kurum olarak hizmet hastanesi konumunda bulunan 175 yataklı Ankara Ulus Devlet Hastanesini, kişi olarak hastaneden hizmet alan tüm kişileri kapsamaktadır. Ayrıca hastanede çalışanlarda ankete dahil edilmiştir. Çalışanlarda iç müşteri konumundadır.

³ Haluk ÖZSARI: Sağlık Reformu Süresinde Hastanecilik Hizmetlerinin Yeri, Hastane Hospital News: <http://www.hastanederigisi.com/sayi12/busayida14.asp>

3.1.3 Araştırmanın Amacı ve Sınırları

Araştırma, kurum olarak hizmet hastanesi konumunda bulunan 175 yataklı Ankara Ulus Devlet Hastanesini Sağlık Bakanlığı Hastaneleri içinde ISO-EN 2001 kalite belgesine sahip hastanelerden biridir. Bu hastanenin kaliteli hizmet vermesinden, iş yükü kapasitesinden ve sağlık sistemindeki öneminden dolayı araştırma konusu olarak seçilmesi Sağlık Bakanlığı hastanelerini değerlendirmede fayda sağlayacaktır.

Araştırmanın başlıca amacı belirtilen bu hastanedeki verilen sağlık hizmetinin kalite düzeyinin ölçülmesidir. Bunun yanında aşağıdaki konular hakkında bulgular saptayarak çeşitli öneriler getirmektir.

- Bir Sağlık Bakanlığı hastanesi için hastalar açısından en önemli ve en az önemli hizmet kalitesi boyutlarını saptayabilmek,
- Kontrol değişkenleri olan hastaların mesleğini, yaşını, cinsiyetini ve tahsilini göz önüne alarak hizmet kalitesi boyutlarının değerlendirmesini yapmak,
- Hastane çalışanları açısından da, hastanenin hizmet kalitesi algılamasını tespit ederek müşteriler ile karşılaştırmalar ve değerlendirmeler yapmak,
- Elde edilen sonuçları olması gerekenle karşılaştırarak değerlendirmek ve organizasyonda kalitenin artırımı için teklifler sunmak.

Araştırmanı yapılacağı hastanede gerekli çalışmaların yapılabilmesi için Ankara Ulus Devlet Hastanesini Başhekimliğine gerekli müracaat yapıp izin alınmıştır. Müteakiben çalışmaların yapılması için hastane yönetimi ile koordinasyonda bulunulmuştur.

Araştırmada, Parasuraman, Zeithaml ve Berry tarafından geliştirilen orijinal Servqual ölçeği kullanılmıştır.

Hizmet kalitesini ölçmeye yönelik tasarlanan ölçüm aracının geliştirilmesinde, önceki çalışmalardan ve literatür taramasından yararlanılmıştır.

3.2.Araştırmanın Metodolojisi

Bu bölümde araştırmanın uygulanması hakkında bilgi verilmektedir. Önceki bölümde araştırmada kullanılan metot üzerinde durulmuş, bundan sonraki bölümlerde bu metodun kullanılarak seçilen örnek Sağlık Bakanlığı Hastanesindeki hizmet kalitesinin ölçümü ve sonuçların değerlendirilmesi üzerinde durulacaktır.

3.2.1 Araştırmanın Değişkenleri

Hizmet kalitesini ölçmeye yönelik olan bu araştırmada yer alacak değişkenler genel olarak ikiye ayrılabilir.

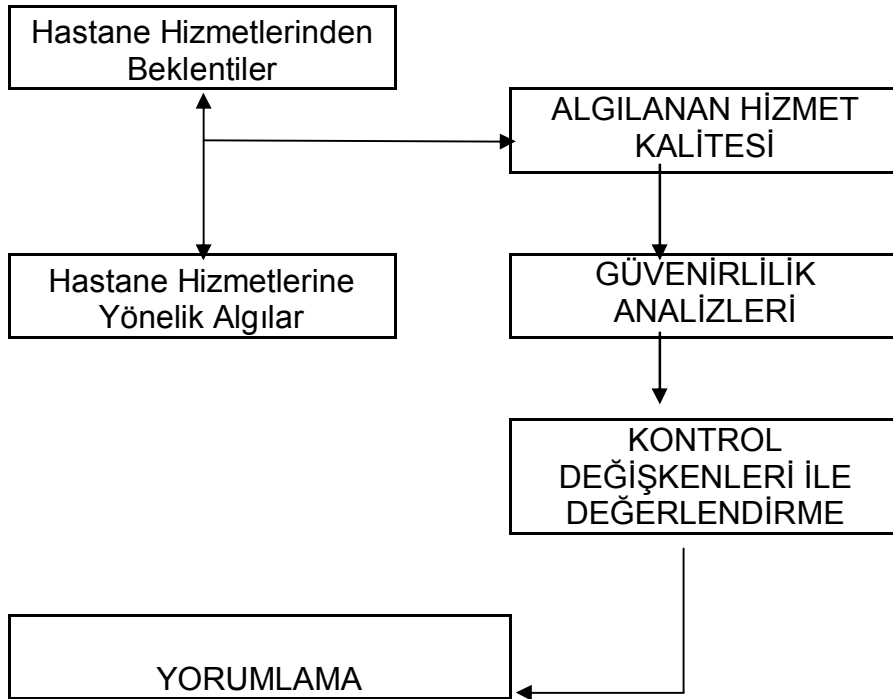
Müşterilerin hizmet aldıkları hastaneden, hizmet kalitesi açısından beklentileri birinci grup değişkenlerdir. İkinci grup değişkenler ise müşterilerin hastanenin sunmuş olduğu sağlık hizmeti karşısında, hizmet kalitesi açısından algılarıdır. Esas olarak bu değişkenlere bağlı olarak hesaplanan Servqual skoru (Algılanan Hizmet Kalitesi Skoru)'da bağımlı bir değişken olarak çalışmada kullanılmıştır.

Bunların yanı sıra, örnek kitlenin cinsiyeti, tahsili, yaşı ve mesleği de araştırmanın kontrol değişkenleri arasındadır.

3.2.2. Araştırmanın Modeli

Bu araştırma amacına göre uygulamalı, yöntemine göre hipotez test eden (sonuç çıkarıcı) araştırma modelindedir.⁴

Araştırmanın değişkenleri arasındaki ilişkileri ortaya koyan araştırma modeli basit olarak aşağıdaki gibi gösterilebilir.



ŞEKİL-11 :Araştırmanın Modeli

Burada Algılanan Hizmet Kalitesi, daha önce ifade edildiği şekilde Algılanan hizmet ile Beklenen Hizmetin farkından oluşmaktadır. (SQ= P-E)

Modelden de anlaşılacağı üzere araştırmada, Servqual ölçeğinin hastane işletmelerine uygulanabilirliği ve kontrol değişkenleri açısından algılanan hizmet kalitesinin değişip değişmediği değerlendirilmek amaçlanmıştır.

⁴ Hüner ŞENCAN: İşletmeciler ve İktisatçılar İçin Rapor Yazımı, (İsatanbul.,1995),1

3.2.2 Araştırmanın Örneklem Yöntemi

Araştırmada ana kütle olarak Ankara Ulus Devlet Hastanesinde son bir yıl içerisinde faydalanan kişiler ve hastane çalışanları esas alınmıştır. Hastane hizmetlerinden faydalanma kriterine hem ayaktan tedavi gören hastalar hem de yatarak tedavi gören hastalar dahil edilmiştir. Hastane kayıtlarında yapılan araştırma neticesinde örneklem uzayın büyüklüğü tespit edilmeye çalışılmıştır.

Yapılan araştırma neticesinde hastanede bulunan her kliniğin ayrı ayrı kayıtları bulunduğu, bu kayıtlara göre sonbir yıl içinde o kliniklerden faydalanan hasta sayısının farklı farklı olduğu tesbit edilmiştir. Ayrıca aynı hastanın müteaddit defalar değişik kliniklerden faydalanması nedeniyle kesin bir rakama ulaşmak mümkün olmamıştır.

Ankara Ulus Devlet Hastanesi Yenimahalle, Ulus, Batıkent ve çevre bölgelere hizmet veren merkez hastanedir. Örneklem uzayın yaklaşık olarak 95.000-100.000 kişi olduğu tahmin edilmiştir. Bu sayı kesin olmamakla birlikte örnek kütleinin daha fazla kişiden oluşmasını sağlamak amacıyla yüksek miktarda tahmin edilmiştir. Yüksek miktardaki bu kabule yönlendiren neden araştırma örnek kütleinin belirlemede hata olasılığını minimum düzeyde tutma düşüncesi olmuştur.

Araştırmanın üçüncü bölümünü oluşturan anket uygulanmasında denek hastalar “Basit Tesadüfi Örneklem” yöntemi ile seçilmiştir. Basit tesadüfi örneklem yöntemine göre 383 hastaya anket uygulamak yeterli iken araştırmada 519 hastaya anket uygulanmıştır. Örneklemin evreni daha iyi temsil etmesi için tüm kliniklere anket uygulanmıştır.⁵

⁵ Türker BAŞ: Anket:(Ankara:Tıbbi Basım,2003),46

Tablo 9 : Örnek Kütlenin Cinsiyete Göre Dağılımı

CİNSİYET	MİKTAR	YÜZDESİ(%)
KADIN	186	35,8
ERKEK	333	64,2
TOPLAM	519	100

Ana kütlenin % 78 i erkekler % 35,8 i kadınlar oluşturmaktadır.

Tablo 10: Örnek Kütlenin Tahsile Göre Dağılımı

TAHSİL	MİKTAR	YÜZDESİ (%)
ÜNİVERSİTE	116	22,4
LİSE	333	64,2
İLKÖĞRETİM	70	13,5
TOPLAM	519	100

Ana kütlenin % 64,2 si lise mezunu, % 22,4 ü üniversite ve % 13,5 i ilköğretim mezunudur.Tabloda görüldüğü gibi örnek kütlenin çok büyük kısmı(% 86,6 sı) Lise ve yukarısı tahsil seviyesindedir. Bu durum anketin uygulayıcılar tarafından daha kolay anlaşılabilmesini ve anket sonuçlarının güvenilirliğini artırmaktadır.

Tablo 11: Örnek Kütlenin Yaş Durumuna Göre Dağılımı

YAŞ	MİKTAR	YÜZDESİ (%)
18-30 YAŞ ARASI	205	39,5
31-45 YAŞ ARASI	215	41,4
46 VE YUKARISI	99	19,1
TOPLAM	519	100

Yaş grupları; genç, orta ve yaşlı olarak gruplandırılmıştır. Ana kütlenin % 41,4 ü 31-45 yaş arası, % 39,5 i 18-30 yaş arası ve %19,1 i 46 yaş ve yukarısı oluşturmaktadır.

Tablo 12: Örnek Kütlenin Mesleğine Göre Dağılımı

MESLEK	MİKTAR	YÜZDESİ (%)
Memur	174	33,5
İşçi	248	47,8
Diğer	97	18,7
TOPLAM	519	100

Ana kütlenin % 47,8 i işçiler % 33,5 i memurlar ve %18,7 si diğer meslekler oluşturmaktadır.

3.2.3 Verilerin Analizi

Araştırmada kullanılan anket 2 bölümden oluşmaktadır. 1 nci bölümde katılımcının mükemmel bir hastaneden beklentilerinin tespiti, hizmet kalitesinin boyutlarına vermiş oldukları ağırlıklar ve hizmet kalitesi boyutlarının sıralanması öğrenilmeye çalışılmıştır. 2 nci bölümde ise katılımcının hizmet aldığı hastane ile ilgili algılarının tespitine çalışılmıştır.

Araştırmada elde edilen verilerin değerlendirilmesinde SPSS 13,0 (Statistical Program for Social Science) paket programı, % 95 güvenilirlik seviyesinde kullanılmıştır. Araştırmada kullanılan ölçeğin güvenilirliğini test etmek için güvenilirlik analizi, ortalamalar arasındaki farklılıkların anlamlılığı için t- testi ve değişkenlerin analizi için tek yönlü varyans analizi (Oneway-ANOVA) testleri kullanılmıştır.

3.2.5. Güvenilirlik Analizleri

Güvenilirlik bir kavramın, özelliğın yada nesnenin aynı yöntemi kullanmak suretiyle bağımsız fakat karşılaştırılabilir ölçümlerinin benzerliğı anlamına gelmektedir. Bu bağlamda, servqual modelinin güvenilirliğini test etmek üzere güvenilirlik analizi uygulanmıştır.⁶

Araştırmada, kullanılan Servqual ölçeğinin (Likert Tipi Ölçek) güvenilirliğini ortaya koymak amacıyla ‘Cronbach Alpha” Analizi ve “İtem-Total Correlations” analizi yöntemleri kullanılmıştır.

Cronbach Alpha analizi, bir grup değişkenin iç homojenliğinin saptanmasını, elde edilen bir Alfa katsayısı ile mümkün kılmaktadır. Alfa katsayısı bir grup değişkenin aralarında varolan iç korelasyonun ölçümünü yapmakta; diğer bir deyişle her bir değişkenin skorunu hesap ederek, söz konusu değişkenin skorunun, tüm değişkenlerin oluşturduğu ölçeğın ortak değerinin içerisindeki payına, yani ölçeğın değerini ne kadar temsil ettiğine bakarak, söz konusu grup değişkenin güvenilirliğini belirlemektedir.⁷

Alfa katsayısının değerlendirilmesinde uyulan değerlendirme kriteri aşağıda belirtilmiştir.⁸

0,00 ile 0,40 (Hariç) arasında	: Ölçek Güvenilir Değil
0,40 ile 0,60 (Hariç) arasında	: Ölçek Düşük Güvenilirlikte
0,60 ile 0,80 (Hariç) arasında	: Ölçek Oldukça Güvenilir
0,80 ile 1,00 arasında	: Ölçek Yüksek Derecede Güvenilir

Ölçeğın gruplandırılması sonucu edilen grup değişkenlerinin alfa katsayılarının küçük olması durumunda ölçeğın ortak değerini yansıtmadığı

⁶ Şenol ALTAN, Ayşe EDİZ, Murat ATAN SERVQUAL Analizi ile Toplam Hizmet Kalitesinin Ölçümü ve Yüksek Eğitimde Bir Uygulama: muratatan.info/academic/bulletin/13.pdf

⁷ Ahmet K.ŞEKERKAYA: Bankacılık Hizmetlerinde Algılanan Toplam Kalite Ölçümü (Ankara: SPK yayınları, 2000), 50

⁸ Kazım ÖZDAMAR: Paket Programları ile İstatistiksel Veri Analizi-(Eskişehir, Kaan Kitapevi, 2004) 1, 512

ve yapılan ölçümde zayıf bir etkisinin olduğu dolayısıyla da ölçek veya grup dışı bırakılması gerektiği söylenebilecektir.

İtem-total Correlations analizinde ise amaç, bir grup değişkenin ölçmek istediği kavramı temsil etmeyen değişkenleri tespit etmektir. Grubu veya ölçeği oluşturan her değişken ile tüm değişkenlerin ortalamaları arasındaki korelasyonu belirleyerek ölçeği temsil etmeyen değişkenlerin ortaya çıkarılmasını mümkün kılmaktadır. Dolayısıyla bu değişkenlerin bulunarak ölçek dışı bırakılması bize ölçeğin alfa katsayısının yani güvenilirliğinin artırılmasını sağlayacaktır.

Araştırmada kullanılan Servqual ölçeğinin beklenti ve algı bölümlerinin maddeleri üzerinde % 95 güven düzeyinde SPSS 13,0 programı kullanılarak ölçeğin tamamı ve kalite boyutları üzerinde güvenilirlik analizi uygulanmıştır. Her iki ankete de yapılan güvenilirlik analizlerinin sonuçları ve değerlendirmeleri aşağıda sunulmuştur.

Tablo 13: Algılanan Kalite Ölçeği Güvenirlilik Katsayıları

BOYUT	CRONBACH'S ALFA	GUTTMAN SPLIT HALF
TÜM ANKET	0,897	0,738
1 NCİ BOYUT	0,640	0,678
2 NCİ BOYUT	0,886	0,778
3 NCİ BOYUT	0,852	0,877
4 NCİ BOYUT	0,604	0,607
5 NCİ BOYUT	0,857	0,806

Yukarıdaki tablodan görüleceği üzere ölçeğin tamamı için bulunan Alpha ve Guttman katsayıları, algılanan kaliteyi ölçmeye yönelik olarak uygulanan ölçeğin 2 inci, 3 üncü ve 5 inci boyutları yüksek düzeyde güvenilir diğer boyutlar ise oldukça güvenilir olduğu ortaya çıkmıştır.

Ayrıca, algılanan kaliteyi ölçmek amacıyla yapılan anketin boyutlarına yönelik olarak yapılan güvenilirlik analizleri sonucunda da, 1 nci, 2

inci, 4 üncü ve 5 inci boyutlarında yüksek düzeyde güvenilir olduğu ortaya çıkmıştır.

Tablo 14: Beklenen Kalite Ölçeği Güvenirlilik Katsayıları

BOYUT	CRONBACH'S ALFA	GUTTMAN SPLIT HALF
TÜM ANKET	0,860	0,747
1 NCİ BOYUT	0,612	0,613
2 NCİ BOYUT	0,807	0,856
3 NCİ BOYUT	0,727	0,710
4 NCİ BOYUT	0,745	0,639
5 NCİ BOYUT	0,817	0,645

Buna göre; beklenen kalitenin ölçümüne yönelik olarak yapılan anketin tümünün güvenilirliği de yüksek düzeyde çıkmıştır. Boyutlar düzeyinde 2 inci ve 5 inci boyutun güvenilirliği yüksek düzeyde , diğer boyutların ise oldukça güvenilir olduğu ortaya çıkmıştır.

Sonuç olarak her iki anket için de yapılan güvenilirlik analizleri sonucunda anketlerin bütünü ile alt boyutlarının güvenilir olduğu ortaya konarak bundan sonra yapılacak olan değerlendirmeler için geçerli bir zemin oluşturulmuştur.

3.2.6 Araştırmaya Yönelik Servqual Skorlarının hesaplanması

Servqual skoru (puanı) şu şekilde hesaplanmıştır;

$$\text{Servqual Skoru} = (\text{Algılanan Skor}) (P) - (\text{Beklenen Skor}) (E)$$

Yukarıdaki formüle göre Servqual skorları öncelikle sorular bazında hesaplanmış, daha sonra boyutlar bazında hesaplanmıştır. Bunlardan sonra ise ölçeğin bağımsız değişkenleri (demografik değişkenler) esas alınarak puanlar hesaplanmıştır. Tüm müşterilere ait bulunan sonuçlar aşağıdaki tablolarda verilmiştir.

Tablo 15: Tüm Anketin Servqual Skorları

	ALGILANAN KALİTE (P)	BEKLENEN KALİTE (E)	SERVQUAL SKORU (SQ)
EŞİT AĞIRLIKLI	3,77	4,75	-0,98
AĞIRLIKLI			-0,985

Tablo 16: Boyutların Ağırlık Oranları

BOYUT NO	AĞIRLIK ORANI (%)
1 NCİ BOYUT	17,27
2 NCİ BOYUT	21,07
3 NCİ BOYUT	20,07
4 NCİ BOYUT	20,81
5 NCİ BOYUT	20,29

Tablo 17: Sorular Bazında Servqual Skorları*

SORU NO	ALGILANAN KALİTE (P)	BEKLENEN KALİTE(E)	SERVQUAL SKORU SQ)
1	3,56	4,76	-1,20
2	2,93	4,77	-1,84
3	3,95	4,76	-0,81
4	3,38	4,62	-1,24
5	4,12	4,87	-0,75
6	3,90	4,87	-0,97
7	3,83	4,81	-0,98
8	4,00	4,84	-0,84
9	4,26	4,87	-0,61
10	4,17	4,86	-0,69
11	3,93	4,61	-0,68
12	4,27	4,55	-0,28
13	3,80	4,45	-0,65
14	4,28	4,87	-0,59
15	3,96	4,81	-0,85
16	3,99	4,72	-0,73
17	3,80	4,76	-0,96
18	3,27	4,57	-1,30
19	3,72	4,67	-0,95
20	3,64	4,61	-0,97
21	3,77	4,74	-0,97
22	3,34	4,73	-1,39

*Tüm müşterilere ait sonuçlar

Tablo 18: Boyutlar Bazında Servqual Skorları*

BOYUT NO	ALGILANAN KALİTE (P)	BEKLENEN KALİTE(E)	SERVQUAL SKORU SQ)
1 NCİ BOYUT	3,45	4,73	-1,28
2 NCİ BOYUT	4,27	4,85	-0,58
3 NCİ BOYUT	4,01	4,62	-0,61
4 NCİ BOYUT	3,55	4,79	-1,24
5 NCİ BOYUT	4,55	4,67	-0,12

*Tüm müşterilere ait sonuçlar

Tablo 19: Cinsiyet Bazında Boyutlara ait Servqual Skorları

CİNSİYET	SQTOP	SQ1	SQ2	SQ3	SQ4	SQ5
ERKEK	-0,88	-1,39	-0,82	-0,43	-0,75	-1,03
KADIN	-0,97	-1,06	-0,84	-0,83	-0,83	-1,28
TOPLAM	-0,92	-1,23	-0,83	-0,63	-0,79	-1,15

Tablo 20: Tahsil Bazında Boyutlara ait Servqual Skorları

TAHSİL	SQTOP	SQ1	SQ2	SQ3	SQ4	SQ5
İLKÖĞRETİM	-0,79	-1,40	-0,44	-0,35	-0,72	-1,02
LİSE	-0,82	-1,23	-0,81	-0,37	-0,71	-0,98
ÜNİVERSİTE	-1,26	-1,30	-1,11	-1,30	-1,00	-1,59
TOPLAM	-0,96	-1,31	-0,79	-0,67	-0,81	-1,19

Tablo 21: Yaşlar Bazında Boyutlara ait Servqual Skorları

YAŞ	SQTOP	SQ1	SQ2	SQ3	SQ4	SQ5
18-30	-0,90	-1,28	-0,78	-0,57	-0,75	-1,11
31-45	-0,97	-1,30	-0,92	-0,63	-0,83	-1,15
46 VE +	-0,84	-1,20	-0,72	-0,46	-0,75	-1,08
TOPLAM	-0,90	-1,26	-0,81	-0,55	-0,77	-1,11

Tablo 22: Meslekler Bazında Boyutlara ait Servqual Skorları

MESLEK	SQTOP	SQ1	SQ2	SQ3	SQ4	SQ5
MEMUR	-1,08	-1,01	-1,03	-1,07	-0,99	-1,30
İŞÇİ	-0,82	-1,47	-0,70	-0,21	-0,76	-0,97
DİĞER	-0,86	-1,23	-0,79	-0,63	-0,46	-1,17
TOPLAM	-0,92	-1,24	-0,84	-0,63	-0,74	-1,15

3.3 Elde Edilen Bulgular ve Değerlendirme

Bu bölümde, araştırma sunucunda elde edilen bulgular ele alınmakta ve bu bulguların değerlendirilmesi yapılmaktadır. Yapılan istatistiksel analizlerde SPSS 13.0 İstatistik programı kullanılmıştır.

Anketlerde kullanılan 5'li likert ölçeğinde katılımcıların her bir soru önermesinde belirttiği puanlardan sadece 1 ve 5 için sözel ifadeler kullanılmıştır. Aradaki rakamlar için herhangi bir sözel ifade kullanılmamıştır. Anket sonuçlarının daha net değerlendirilebilmesi için verilen puanlara kalite açısından aşağıdaki şekilde bir değerlendirme skalası oluşturulmuştur.

1 puan	Çok kötü
2 puan	Kötü
3 puan	Orta
4 puan	iyi
5 puan	Çok iyi

Aynı şekilde; ortaya çıkan Servqual skorları (Algılanan Kalite) içinde aşağıdaki şekilde bir değerlendirme skalası oluşturulmuştur. Yukarıdaki bölümlerde açıklandığı gibi, Servqual skorları -4 ile +4 arasında değişen değerler alabilmekte idi. Servqual skorunun pozitif çıkması halinde, müşteri beklentilerinin aşıldığı, negatif çıkması halinde müşteri beklentilerinin karşılanamadığı sonucu ortaya çıkmaktadır. Servqual skorunun sıfır çıkması halinde ise, müşteri beklentilerinin en azından karşılandığı ve hizmetin tatminkar olduğu sonucuna ulaşılmaktadır. Ayrıca Servqual skorlarının -4

veye +4 ‘ e yakınlığı veya uzaklığı derecesinde işletmenin müşteri beklentilerini karşılama veya karşılayamama derecesi hakkında bilgilere ulaşılmaktadır.

Buna rağmen, kalite tanımının; “müşteri isteklerinin karşılanabilmesi” olduğu hatırlandığında, ortaya çıkan sıfır ile pozitif skorların, yani müşteri isteklerinin karşılanması ve aşılması durumlarının birbirlerinden farklı olmayacağı değerlendirilmektedir. Çünkü , hizmetlerde önemli olan müşteri beklentilerinin karşılanmasıdır. Müşteri beklentilerinin üstünde sunulan bir hizmetin sakıncalı olduğunu söylemek mümkün olmasa da, bu fazlalığın daha fazla maliyet, daha fazla iş gücü ve zaman kaybı gibi sakıncalar doğurabileceği ihtimal dahilindedir. Bu sebeple oluşturulan skalada sıfır ve daha üzerindeki değerler aynı seviyede değerlendirilmiştir.

-4 ve -3 arası skor	Çok Kötü
-2,99 ile -2 arası skor	Kötü
-1,99 ile -1 arası skor	Orta
-0,99 ile 0 (hariç) arası skor	İyi
0 ve yukarısı	Çok İyi

Bunun yanında tartışılması gerekli görülen bir konu daha bulunmaktadır. Müşteri beklentilerinin statik olmadığı, çok çeşitli etkilerin sonucunda oluşan dinamik bir kavram olduğu ve eninde sonunda mükemmel istek seviyesine ulaşacağı gerçeği göz önüne alındığında anketteki beklenti bölümünün aslında pek de önemli olmadığı söylenebilecektir. Çünkü kalitede hedef en mükemmel seviyedir. (Ankete göre 5 seviyesi) bunun altındaki seviyeler (Ankete göre 1,2,3 ve 4 seviyeleri) olsa olsa organizasyonlar için ara hedeflerdir. İşletmelerin ana hedefi kalite açısından en üst seviyeye ulaşmaktır. Bu açıdan 5 seviyesinin altındaki seviyeler işletmeler için kıstas kabul edilmeyebilecektir.

Yukarıdaki düşünce tarzı, homojenlik gösteren ve ayırıcı özellikleri bulunmayan müşterilere hitap eden işletmeler için (örneğin şehir içi belediye ulaştırma hizmetleri) geçerli olabilirse de, müşteri kesimi itibarıyla ayırıcı özellikleri bulunan işletmeler açısından geçerli olmayabilir. Araştırmada kullanılan beklenti anketi ile elde edilen sonuçlar bu tür işletmeler için önemli faydalar sağlayabilecektir. Müşterilerin beklentileri göz önüne alınarak işletmeler açısından, kaynak ve personel tasarrufu, maliyet azalışı gibi faydalar sağlanabilecektir.

Bunun yanında, beklenti anketi işletmelerin kalite vizyonlarına yön vermesi açısından da önemli bir bilgi kaynağı olarak kullanılabilecektir.

3.3.1 Anketin Tamamına Ait Değerlendirme Dereceleri

Anketin algılama bölümünde yer alan 22 adet soru önermesine ait katılma dereceleri aşağıdaki tabloda gösterilmiştir.

Tablo 23: Algı Anketi İfadelerine Katılma Dereceleri

KATILMA DERECESİ	İFADELER											
	1		2		3		4		5		6	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	14	2,70	31	5,97	9	1,73	20	3,85	23	4,43	23	4,43
2	48	9,25	194	37,38	25	4,82	48	9,25	39	7,51	40	7,71
3	154	29,67	121	23,31	84	16,18	265	51,06	67	12,91	67	12,91
4	239	46,05	124	23,89	264	50,87	82	15,80	111	21,39	222	42,77
5	64	12,33	49	9,44	137	26,40	104	20,04	279	53,76	167	32,18

KATILMA DERECESİ	İFADELER											
	7		8		9		10		11		12	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	9	1,73			9	1,73	18	3,47	5	0,96	19	3,66
2	29	5,59	34	6,55	40	7,71	29	5,59	28	5,39	18	3,47
3	117	22,54	95	18,30	60	11,56	96	18,50	101	19,46	63	12,14
4	246	47,40	223	42,97	108	20,81	77	14,84	245	47,21	120	23,12
5	118	22,74	167	32,18	302	58,19	299	57,61	140	26,97	299	57,61

KATILMA DERECESİ	İFADELER											
	13		14		15		16		17		18	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	14	2,70	10	1,93	5	0,96	5	0,96	32	6,17	29	5,59
2	23	4,43	9	1,73	14	2,70	18	3,47	24	4,62	71	13,68
3	127	24,47	102	19,65	120	23,12	110	21,19	71	13,68	244	47,01
4	241	46,44	245	47,21	236	45,47	226	43,55	278	53,56	80	15,41
5	114	21,97	148	28,52	144	27,75	160	30,83	114	21,97	95	18,30

KATILMA DERECESİ	İFADELER							
	19		20		21		22	
	n	%	n	%	n	%	n	%
1	29	5,59	23	4,43	19	3,66	34	6,55
2	23	4,43	47	9,06	44	8,48	61	11,75
3	107	20,62	128	24,66	95	18,30	227	43,74
4	262	50,48	212	40,85	239	46,05	88	16,96
5	98	18,88	109	21,00	122	23,51	109	21,00

Genel olarak hastanenin müşterileri tarafından algılanan kaliteye verilen skor 3,77; beklenen kaliteye verilen skor ise 4,75 dir. Hastanenin müşterilerin tamamı tarafından belirlenen kalite yani Servqual skoru -0,98 olarak çıkmıştır. Yukarıda belirtilen skalaya göre hastanenin algılanan kalitesi orta ile iyi derecesi arasında iyi'ye yakın derecede çıkmıştır. Servqual skoru yani kalite puanı ise iyi derecede çıkmıştır.

Boyutlara verilen ağırlık puanlarının incelenmesi neticesinde müşteriler tarafından en fazla önem verilen boyutun 5 inci boyut olan “empati” ve 2 inci boyut olan “güvenilirlik” boyutu olduğu ortaya çıkmıştır. En az ağırlık verilen boyut ise 4 üncü “güven” boyutu olarak belirlenmiştir.

Yukarıdaki tablodan (Tablo -23) ve Tablo-17 de görüleceği üzere Servqual skoru bakımından en düşük değer 2 nci soru olan “Bu hastanedeki fiziki tesislerin görsel cazibesi vardır.” önermesine verilmiştir.

Tüm müşteriler tarafından söz konusu soru önermesine algılanan kalite olarak 2,93; beklenen kalite olarak 4,77 puanlar verilmiştir. Söz konusu soru önermesinin Servqual skoru -1,84 ile tüm sorular arasında en düşük olanı olarak belirlenmiştir.

Aynı şekilde söz konusu soru önermesinin ait olduğu 1 inci boyut yani Fiziksel Özellikler boyutu da tüm boyutlar arasında -1,28 skor ile en düşük kaliteli boyut olarak değerlendirilmiştir.

Bu bilgiler ışığında hastanen fiziki tesislerin görsel cazibesi konusunda müşteri beklentilerini karşılayamadığı ve bu yönü ile kalitesinin düşük olduğu sonucu ortaya çıkmaktadır. Yani hastanede fiziki tesislerin görsel cazibesi müşteri ihtiyaçlarını karşılayacak durumda değildir.

Algılanan kalite açısından en yüksek puanlar ise 14 ncı soru olan “Bu hastanedeki personelin davranışları hastalara güven aşılar.” önermesine verilmiştir.

Tüm müşteriler tarafından söz konusu soru önermesine algılanan kalite olarak 4,28; beklenen kalite olarak 4,82 puanlar verilmiştir. Söz konusu soru önermesinin Servqual -0,59 olarak belirlenmiştir.

Algı anketinin tamamının genel bir değerlendirmesinden sonra, demografik boyutlar bazındaki genele ait değerlendirme sonuçları aşağıda verilmiştir.

a. Meslek Boyutunda Genel Değerlendirme

Araştırma kapsamına dahil edilen müşteriler meslek durumu açısından üç gruba ayrılmıştır. Bunlar; memur, işçi ve diğer seviyeleridir.

Hastane açısından paylaşılan kalite değeri konusunda, meslek durumu boyutunda anlamlı bir farklılığın olup olmadığı konusunda Tek Yönlü Varyans Analizi (One Way-ANOVA) Benforroni analizi yapılmıştır. Sonuçlar aşağıdaki tablodadır.

Tablo 24: Mesleklere Göre Hizmet Kalitesi Skorlarının Karşılaştırılması

MESLEK	ORTALAMA	STANDART SAPMA
MEMUR	3,717	0,837
İŞÇİ	3,782	0,751
DİĞER	3,874	0,718

Tek Yönlü Varyans Analizi (One Way-ANOVA) Benforroni Analizi

MESLEK		ORT.ARASI FARKI (I-J)	STANDART HATA	ANLAMLILIK DÜZEYİ
MEMUR	İşçi	-0,066	0,077	1,000
	Diğer	-0,157	0,098	0,333
İŞÇİ	Memur	0,066	0,077	1,000
	Diğer	-0,091	0,093	0,981
DİĞER	Memur	0,157	0,098	0,333
	İşçi	0,091	0,093	0,981

Yukarıdaki tablodan çıkan sonuçlar değerlendirildiğinde; Memur, işçi, diğer meslek grupları arasında toplam hizmet kalitesi algılaması yönünden anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. ($p>0,05$)

b. Yaş Boyutunda Genel Değerlendirme

Araştırma kapsamına dahil edilen müşteriler yaş durumu açısından üç gruba ayrılmıştır. Bunlar; genç (18-30 yaş arası) orta yaş (30-45 yaş arası) ve yaşlı (45 ve+) şeklindedir.

Hastane açısından paylaşılan kalite değeri konusunda, yaşdurumu boyutunda anlamlı bir farklılığın olup olmadığı konusunda Tek Yönlü Varyans Analizi (One Way-ANOVA) Benforroni analizi yapılmıştır. Sonuçlar aşağıdaki tablodadır.

Tablo 25: Yaşlarına Göre Hizmet Kalitesi Skorlarının Karşılaştırılması

YAŞ	ORTALAMA	STANDART SAPMA
18-30	3,775	0,639
31-45	3,736	0,855
46 VE +	3,872	0,847

Tek Yönlü Varyans Analizi (One Way-ANOVA) Benforroni Analizi

YAŞ		ORT.ARASI FARKI (I-J)	STANDART HATA	ANLAMLILIK DÜZEYİ
18-30	31-45	0,039	0,076	1,000
	46 VE +	-0,097	0,095	0,925
31-45	18-30	-0,039	0,076	1,000
	46 VE +	-0,136	0,094	0,450
46 VE +	18-30	0,097	0,095	0,925
	31-45	0,136	0,094	0,450

Yukarıdaki tablodan çıkan sonuçlar değerlendirildiğinde; 18-30 yaş, 31-45 yaş ve 46 yaş ve yukarısı müşteriler arasında toplam hizmet kalitesi algılaması yönünden anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır.($p>0,05$)

c. Tahsil Boyutuna Göre Değerlendirme

Araştırma kapsamına dahil edilen müşteriler eğitim durumu açısından üç gruba ayrılmıştır. Bunlar; üniversite, lise ve ilköğretim seviyeleridir.

Hastane açısından paylaşılan kalite değeri konusunda, eğitim durumu boyutunda anlamlı bir farklılığın olup olmadığı konusunda Tek Yönlü Varyans Analizi (One Way-ANOVA) Benforroni analizi yapılmıştır. Sonuçlar aşağıdaki tablodadır.

Tablo 26: Tahsile Göre Hizmet Kalitesi Skorlarının Karşılaştırılması

TAHSİL	ORTALAMA	STANDART SAPMA
İLKÖĞRETİM	3,900	0,758
LİSE	3,794	0,758
ÜNİVERSİTE	3,657	0,824

Tek Yönlü Varyans Analizi (One Way-ANOVA) Benforroni Analizi

YAŞ		ORT.ARASI FARKI (I-J)	STANDART HATA	ANLAMLILIK DÜZEYİ
İLKÖĞRETİM	Lise	0,106	0,102	0,887
	Üniversite	0,243	0,117	0,115
LİSE	İlköğretim	-0,106	0,102	0,887
	Üniversite	0,136	0,083	0,306
ÜNİVERSİTE	İlköğretim	-0,243	0,117	0,115
	Lise	-0,136	0,083	0,306

Yukarıdaki tablodan çıkan sonuçlar değerlendirildiğinde; İlköğretim, lise ve üniversite'li müşteriler arasında toplam hizmet kalitesi algılaması yönünden anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. ($p > 0,05$)

d. Cinsiyet Boyutunda Genel Değerlendirme

Hastane açısından paylaşılan kalite değeri konusunda, cinsiyet boyutunda anlamlı bir farklılığın olup olmadığı konusunda Bağımsız Örnek Kütleler için t-testi (Independent Samples t-test) analizi yapılmıştır. Sonuçlar aşağıdaki tablodadır.

Tablo 27: Cinsiyete Göre Hizmet Kalitesi Skorlarının Karşılaştırılması

CİNSİYET	ORTALAMA	STANDART SAPMA
KADIN	3,773	0,741
ERKEK	3,780	0,794

Ortalamaların Eşitliği İçin T-Testi

t-DEĞERİ	ANLAMLILIK DÜZEYİ	ORT.ARASI FARK	ORT.ARASI STD.HATA
-0,098	0,225	-0,007	0,071

Yukarıdaki tablodan çıkan sonuçlar değerlendirildiğinde; erkek müşteriler ile kadın müşteriler arasında toplam hizmet kalitesi algılaması yönünden anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır.($p>0,05$)

3.3.2 Fiziksel Özellikler Boyutuna Ait Değerlendirme

Anketin bir ile dördüncü soruları hastanenin Fiziksel Özelliklerinin kalitesini ölçmeye yöneliktir. Bu boyut ile ilgili tüm müşterilere ait toplam skorlar aşağıda verilmiştir.

BOYUT NO	ALGILANAN KALİTE (P)	BEKLENEN KALİTE€	SERVQUAL SKORU SQ)
1 NCİ BOYUT	3,46	4,73	-1,27

a. Yaş Boyutunda Fiziksel Özellik Kalitesinin Genel Değerlendirilmesi

Hastane fiziksel özellikleri açısından paylaşılan kalite değeri konusunda, yaş boyutunda anlamlı bir farklılığın olmadığı konusunda Tek Yönlü Varyans Analizi (One Way-ANOVA) Benforroni analizi yapılmıştır.

Tablo 28:Yaşlara Göre Fiziksel Özellikler Hizmet Kalitesi Skorlarının Karşılaştırılması

YAŞ	SKOR	ORTALAMA	STANDART SAPMA
18-30	P1	3,42	0,619
	E1	4,70	0,443
	SQ1	4,06	0,401
31-45	P1	3,46	0,721
	E1	4,76	0,381
	SQ1	4,11	0,428
46 VE +	P1	3,53	0,731
	E1	4,73	0,384
	SQ1	4,13	0,417

Tek Yönlü Varyans Analizi (One Way- ANOVA) Benforroni Analizi

SKOR	YAŞ (I)	YAŞ(J)	ORT.ARASI FARK(I-J)	SATNDART HATA	ANLAMLILIK DÜZEYİ
P1	18-30	31-45	-0,040	0,067	1,000
		46 +	-0,111	0,084	0,559
	31-45	18-30	0,040	0,067	1,000
		46+	-0,071	0,083	1,000
	46 +	18-30	0,111	0,084	0,559
		31-45	0,071	0,083	1,000
E1	18-30	31-45	-0,056	0,040	0,485
		46 +	-0,032	0,050	1,000
	31-45	18-30	0,056	0,040	0,485
		46+	0,023	0,049	1,000
	46 +	18-30	0,032	0,050	1,000
		31-45	-0,023	0,049	1,000
SQ1	18-30	31-45	-0,048	0,041	0,721
		46 +	-0,072	0,051	0,478
	31-45	18-30	0,048	0,041	0,721
		46+	-0,024	0,050	1,000
	46 +	18-30	0,072	0,051	0,478
		31-45	0,024	0,050	1,000

Yukarıdaki tablodan görüleceği üzere hastanenin fiziksel özelliklerine ait, algılanan kalite, beklenen kalite ve servqual skorlarında yaş grupları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Yani bu grupların tamamı hastanenin fiziksel kalitesini denk düzeyde algılamaktadır.

b. Tahsile Göre Fiziksel Özellik Kalitesinin Genel Değerlendirilmesi

Hastane fiziksel özellikleri açısından paylaşılan kalite değeri konusunda, tahsil boyutunda anlamlı bir farklılığın olmadığı konusunda Tek Yönlü Varyans Analizi (One Way-ANOVA) Benforroni analizi yapılmıştır.

Tablo 29:Tahsile Göre Fiziksel Özellikler Hizmet Kalitesi Skorlarının Karşılaştırılması

TAHSİL	SKOR	ORTALAMA	STANDART SAPMA
ÜNİVERSİTE	P1	3,51	0,650
	E1	4,91	0,159
	SQ1	-1,4	0,315
LİSE	P1	3,51	0,650
	E1	4,75	0,347
	SQ1	-1,24	0,384
İLKÖĞRETİM	P1	3,26	0,753
	E1	4,56	0,578
	SQ1	-1,3	0,497

Tek Yönlü Varyans Analizi One Way- ANOVA) Benforroni Analizi

SKOR	YAŞ (I)	YAŞ(J)	ORT.ARASI FARK(I-J)	SATNDART HATA	ANLAMLILIK DÜZEYİ
P1	ÜNİV.	LİSE	0,158	0,052	0,007*
		İLKÖĞR.	0,348	0,060	0,000*
	LİSE	ÜNİV.	-0,158	0,052	0,007*
		İLKÖĞR.	0,191	0,042	0,000*
	İLKÖĞR.	ÜNİ.	-0,348	0,060	0,000*
		LİSE	-0,191	0,042	0,000*
E1	ÜNİV.	LİSE	-0,012	0,089	1,000
		İLKÖĞR.	0,249	0,102	0,047*
	LİSE	ÜNİV.	0,012	0,089	1,000
		İLKÖĞR.	0,261	0,073	0,001*
	İLKÖĞR.	ÜNİ.	-0,249	0,102	0,047*
		LİSE	-0,261	0,073	0,001*
SQ1	ÜNİV.	LİSE	0,073	0,053	0,515
		İLKÖĞR.	0,298	0,061	0,000*
	LİSE	ÜNİV.	-0,073	0,053	0,515
		İLKÖĞR.	0,226	0,044	0,000*
	İLKÖĞR.	ÜNİ.	-0,298	0,061	0,000*
		LİSE	-0,226	0,044	0,000*

* p<0,05

Yukarıdaki tablodan çıkan sonuçlar incelendiğinde; Fiziksel özelliklere ait algılanan kalite (P1) konusunda tahsil gruplarına göre anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. ($p < 0,05$) ilköğretim ve lise gruplarınca hastanenin fiziksel özelliklerine ait beklenen kalite değeri üniversite grubuna göre daha düşüktür.

Beklenen kalite konusunda (E1), üniversite, lise ve ilköğretim grupları arasında anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. ($p < 0,05$). İlköğretim ve lise gruplarınca hastanenin fiziksel özelliklerine ait algılanan kalite değeri üniversite grubuna göre daha düşüktür.

Hastanenin fiziksel özelliklerine ait Servqual (SQ1) açısından tahsil gruplarına göre anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. ($p < 0,05$) üniversite grubu diğer gruplara göre algıladığı fiziksel özellik kalitesi daha yüksek orandadır. Sıfırdan daha uzak olan Servqual skoruna göre bu tahsil grubunun hastanenin fiziksel özelliklerinden tam olarak tatmin olduğu söylenebilecektir.

c. Cinsiyet Boyutuna Göre Fiziksel Özellik Kalitesinin Genel Değerlendirilmesi

Hastane Fiziksel boyutu açısından paylaşılan kalite değeri konusunda cinsiyet durumuna göre farklılık olup olmadığının tespiti için Bağımsız Örnek Küteller için t-testi (Independent Samples t-test) analizi yapılmıştır. Sonuçlar aşağıdaki tablodadır.

Tablo 30: Cinsiyete Göre Fiziksel Boyutu Hizmet Kalitesi Skorlarının Karşılaştırılması

CİNSİYET	SKOR	ORTALAMA	STANDART SAPMA
KADIN	P1	3,59	0,846
	E1	4,65	0,447
	SQ1	-1,06	0,510
ERKEK	P1	3,39	0,562
	E1	4,78	0,377
	SQ1	-1,39	0,352

Ortalamaların Eşitliği İçin t-testi

SKOR	t-DEĞERİ	ANLAMLILIK DÜZEYİ	ORT.ARASI FARK	ORT.ARASI STD. HATA
P1	3,346	0,001	0,208	0,062
E1	-3,372	0,001	-0,124	0,037
SQ1	1,094	0,275	0,042	0,038

Yukarıdaki tablodan anlaşılağı üzere, hastanenin fiziksel özelliklerine ait beklenen kalite ve algılanan kalite konusunda kadın ve erkek müşteriler arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. ($p>0,05$). Erkek müşterilerin hastanenin heveslilik boyutuna ait bekledikleri kalitede ve bunun sonucu olarak Servqual skorunda kadın müşterilere oranla düşüklük bulunmaktadır.

d. Meslek Boyutuna Göre Fiziksel Özellik Kalitesinin Genel Değerlendirilmesi

Hastane fiziksel açıdan paylaşılan kalite değeri konusunda meslek durumuna göre farklılık olup olmadığının tespiti için Tek Yönlü Varyans Analizi (One Way-ANOVA) Benforroni analizi yapılmıştır. Sonuçlar aşağıdaki tablodadır.

Tablo 31 : Mesleğe göre Fiziksel Boyutu Hizmet Kalitesi Skorlarının Karşılaştırılması

Meslek	SKOR	ORTALAMA	STANDART SAPMA
Memur	P1	3,57	0,797
	E1	4,58	0,483
	SQ1	-1,01	0,499
İşçi	P1	3,35	0,509
	E1	4,82	0,339
	SQ1	-1,42	0,304
Diğer Meslek	P1	3,54	0,813
	E1	4,77	0,336
	SQ1	-1,23	0,490

Tek Yönlü Varyans Analizi (One Way- ANOVA) Benforroni Analizi

SKOR	MESLEK (I)	MESLEK (J)	ORT.ARASI FARK(I-J)	SATNDART HATA	ANLAMLILIK DÜZEYİ
P1	Memur	İşçi	0,216	0,067	0,004*
		Diğer	0,033	0,086	1,000
	İşçi	Memur	-0,216	0,067	0,004*
		Diğer	-0,183	0,081	0,073
	Diğer	İşçi	-0,033	0,086	1,000
		Memur	0,183	0,081	0,073
E1	Memur	İşçi	-0,245	0,039	0,000*
		Diğer	-0,192	0,050	0,000*
	İşçi	Memur	0,245	0,039	0,000*
		Diğer	0,053	0,047	0,781
	Diğer	İşçi	0,192	0,050	0,000*
		Memur	-0,053	0,047	0,781
Q1	Memur	İşçi	-0,014	0,041	1,000
		Diğer	-0,079	0,053	0,397
	İşçi	Memur	0,014	0,041	1,000
		Diğer	-0,065	0,050	0,573
	Diğer	İşçi	0,079	0,053	0,397
		Memur	0,065	0,050	0,573

*p<0,05

Yukarıdaki tablodan çıkan sonuçlar incelendiğinde; Fiziksel özelliklere ait algılanan kalite (P1) konusunda meslek gruplarına göre anlamlı bir farklılık bulunmaktadır.(p<0,05) işçi grubuna göre hastanenin fiziksel özelliklerine ait beklenen kalite değeri memur grubuna göre daha düşüktür.

Beklenen kalite konusunda (E1), Memur, işçi ve diğer meslek grupları arasında anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. (p<0,05).İşçi ve diğer meslek gruplarınca hastanenin fiziksel özelliklerine ait algılan kalite değeri memur grubuna göre daha düşüktür.

3.3.3 Güvenilirlik Boyutana Ait Değerlendirme

Anketin beş ile dokuzuncu soruları hastanenin Güvenilirlik yani söz verilen hizmetin dikkatli ve güvenilir bir şekilde yapılmasının kalitesini ölçmeye yöneliktir. Bu boyut ile ilgili olarak tüm müşterilere ait toplam skorlar aşağıda verilmiştir.

BOYUT NO	ALGILANAN KALİTE (P)	BEKLENEN KALİTE€	SERVQUAL SKORU SQ)
2 NCİ BOYUT	4,03	4,86	-0,83

a. Yaş boyutunda Güvenirlilik Kalitesinin Genel Değerlendirilmesi

Hastane güvenilirlik özelliği açısından paylaşılan kalite değeri konusunda, yaş boyutunda anlamlı farklılığın olup olmadığı konusunda Tek Yönlü Varyans Analizi (One Way –ANOVA) Benforroni analizi yapılmıştır. Sonuçlar tablodadır.

Tablo 32: Yaşlara Göre Güvenirlilik Boyutu Hizmet Kalitesi Skorlarının Karşılaştırılması

YAŞ	SKOR	ORTALAMA	STANDART SAPMA
18-30	P2	4,05	0,759
	E2	4,83	0,329
	SQ2	-0,78	0,873
31-45	P2	3,97	0,905
	E2	4,90	0,251
	SQ2	-0,93	0,316
46 VE +	P2	4,09	0,873
	E2	4,81	0,316
	SQ2	-0,72	0,505

Tek Yönlü Varyans Analizi (One Way- ANOVA) Benforroni Analizi

SKOR	YAŞ (I)	YAŞ(J)	ORT.ARASI FARK(I-J)	SATNDART HATA	ANLAMLILIK DÜZEYİ
P2	18-30	31-45	0,081	0,082	0,984
		46 +	-0,032	0,103	1,000
	31-45	18-30	-0,081	0,082	0,984
		46+	-0,113	0,103	0,813
	46 +	18-30	0,032	0,103	1,000
		31-45	0,113	0,103	0,813
E2	18-30	31-45	-0,065	0,029	0,079
		46 +	0,023	0,036	1,000
	31-45	18-30	0,065	0,029	0,079
		46+	0,088	0,036	0,046*
	46 +	18-30	-0,023	0,036	1,000
		31-45	-0,088	0,036	0,046*
SQ2	18-30	31-45	0,008	0,047	1,000
		46 +	-0,005	0,059	1,000
	31-45	18-30	-0,008	0,047	1,000
		46+	-0,013	0,059	1,000
	46 +	18-30	0,005	0,059	1,000
		31-45	0,013	0,059	1,000

*p<0,05

Yukarıdaki sonuçlar incelendiğinde; Hastanenin güvenilirlik özelliğe verilen değer açısından 31-45 yaş grubu ile 46 ve daha yukarısı arasında beklenen kalite konusunda (E2) anlamlı bir farklılığın bulunduğu ortaya çıkmaktadır. 46 ve daha yukarısı yaş grubunca hastanenin güvenilirlik boyutuna ait beklenen kalite değeri 31-45 yaş grubuna göre daha düşüktür.

b. Tahsil Boyutunda Güvenirlilik Kalitesinin Genel Değerlendirilmesi

Hastane güvenilirlik açısından paylaşılan kalite değeri konusunda tahsil durumuna göre farklılık olup olmadığının tespiti için Tek Yönlü Varyans Analizi (One Way-ANOVA) Benforroni analizi yapılmıştır. Sonuçlar aşağıdaki tablodadır.

Tablo 33: Tahsile Göre Güvenirlilik Boyutu Hizmet Kalitesi Skorlarının Karşılaştırılması

TAHSİL	SKOR	ORTALAMA	STANDART SAPMA
ÜNİVERSİTE	P2	3,68	1,035
	E2	4,79	0,399
	SQ2	-1,11	0,593
LİSE	P2	4,04	0,781
	E2	4,85	0,278
	SQ2	-0,81	0,445
İLKÖĞRETİM	P2	4,53	0,401
	E2	4,97	0,096
	SQ2	-0,44	0,222

Tek Yönlü Varyans Analizi One Way- ANOVA) Benforroni Analizi

SKOR	YAŞ (I)	YAŞ(J)	ORT.ARASI FARK(I-J)	SATNDART HATA	ANLAMLILIK DÜZEYİ
P2	İLKÖĞR.	LİSE	0,49	0,106	0,000*
		ÜNİV.	0,85	0,122	0,000*
	LİSE	İLKÖĞR.	-0,49	0,106	0,000*
		ÜNİ.	0,36	0,087	0,000*
	ÜNİV.	İLKÖĞR.	-0,85	0,122	0,000*
		LİSE	-0,36	0,087	0,000*
E2	İLKÖĞR.	LİSE	0,12	0,039	0,006*
		ÜNİV.	0,18	0,044	0,000*
	LİSE	İLKÖĞR.	-0,12	0,039	0,006*
		ÜNİ.	0,06	0,032	0,133
	ÜNİV.	İLKÖĞR.	-0,18	0,044	0,000*
		LİSE	-0,06	0,032	0,133
SQ2	İLKÖĞR.	LİSE	0,30	0,061	0,000*
		ÜNİV.	0,52	0,070	0,000*
	LİSE	İLKÖĞR.	-0,30	0,061	0,000*
		ÜNİ.	0,21	0,050	0,000*
	ÜNİV.	İLKÖĞR.	-0,52	0,070	0,000*
		LİSE	-0,21	0,050	0,000*

*p<0,05

Yukarıdaki tablodan çıkan sonuçlar incelendiğinde Güvenirlilik boyutuna ait algılanan kalite (P2) konusunda; tahsil grupları arasında anlamlı

bir farklılık olduğu anlaşılmaktadır. ($p<0,05$) İlköğretim grubu müşterilerin Güvenilirlik boyutu ile ilgili algılaması diğer tahsil gruplarına göre daha fazladır.

Beklenen kalite konusunda (E2); tahsil grupları arasında anlamlı bir farklılık olduğu anlaşılmaktadır. ($p<0,05$) İlköğretim grubu müşterilerin Güvenilirlik boyutu ile ilgili algılan beklenen kalite değeri diğer tahsil gruplarına göre daha fazladır.

Hastanenin güvenilirlik boyutuna ait Servqual Skoru (SQ2) açısından tahsil grupları arasında anlamlı bir farklılık olduğu anlaşılmaktadır. ($p<0,05$) İlköğretim grubu diğer gruplara göre algıladığı fiziksel özellik kalitesi daha yüksek orandadır.

c. Cinsiyet Boyutunda Güvenilirlik Kalitesinin Genel Değerlendirilmesi

Hastane güvenilirlik boyutu açısından paylaşılan kalite değeri konusunda cinsiyet durumuna göre farklılık olup olmadığının tespiti için Bağımsız Örnek Küteller için t-testi (Independent Samples t-test) analizi yapılmıştır. Sonuçlar aşağıdaki tablodadır.

Tablo 34:Cinsiyete Göre Güvenilirlik Boyutu Hizmet Kalitesi Skorlarının Karşılaştırılması

CİNSİYET	SKOR	ORTALAMA	STANDART SAPMA
KADIN	P2	4,01	0,939
	E2	4,86	0,294
	SQ2	-0,85	0,505
ERKEK	P2	4,03	0,787
	E2	4,85	0,301
	SQ2	-0,82	0,472

Ortalamaların Eşitliği İçin t-testi

SKOR	t-DEĞERİ	ANLAMLILIK DÜZEYİ	ORT.ARASI FARK	ORT.ARASI STD. HATA
P2	-0,270	0,787	-0,021	0,077
E2	0,086	0,932	0,002	0,027
SQ2	-0,209	0,835	-0,009	0,044

Yukarıdaki tablodan anlaşılacağı üzere, hastanenin güvenilirlik boyutuna beklenen kalite algılanan kalite ve Servqual skoru açısından kadın ve erkek müşteriler arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. ($p>0,05$).

d. Meslek Boyutuna Göre Güvenilirlik Özellik Kalitesinin Genel Değerlendirilmesi

Hastane güvenilirlik açısından paylaşılan kalite değeri konusunda meslek durumuna göre farklılık olup olmadığının tespiti için Tek Yönlü Varyans Analizi (One Way-ANOVA) Benforroni analizi yapılmıştır. Sonuçlar aşağıdaki tablodadır.

Tablo 35: Mesleğe göre Güvenilirlik Boyutu Hizmet Kalitesi Skorlarının Karşılaştırılması

Meslek	SKOR	ORTALAMA	STANDART SAPMA
Memur	P2	3,75	1,069
	E2	4,78	0,340
	SQ2	-1,03	0,774
İşçi	P2	4,22	0,609
	E2	4,92	0,219
	SQ2	-0,7	0,357
Diğer Meslek	P2	4,04	0,774
	E2	4,82	0,357
	SQ2	-0,78	0,468

Tek Yönlü Varyans Analizi (One Way- ANOVA) Benforroni Analizi

SKOR	MESLEK (I)	MESLEK (J)	ORT.ARASI FARK(I-J)	SATNDART HATA	ANLAMLILIK DÜZEYİ
P2	Memur	İşçi	-0,462	0,081	0,000*
		Diğer	-0,286	0,104	0,018*
	İşçi	Memur	0,462	0,081	0,000*
		Diğer	0,176	0,098	0,220
	Diğer	İşçi	0,286	0,104	0,018*
		Memur	-0,176	0,098	0,220
E2	Memur	İşçi	-0,134	0,029	0,000*
		Diğer	-0,041	0,037	0,812
	İşçi	Memur	0,134	0,029	0,000*
		Diğer	0,093	0,035	0,024*
	Diğer	İşçi	0,041	0,037	0,812
		Memur	-0,093	0,035	0,024*
SQ2	Memur	İşçi	-0,298	0,046	0,000*
		Diğer	-0,164	0,059	0,018*
	İşçi	Memur	0,298	0,046	0,000*
		Diğer	0,135	0,056	0,049*
	Diğer	İşçi	0,164	0,059	0,018*
		Memur	-0,135	0,056	0,049*

*p<0,05

Yukarıdaki tablodan çıkan sonuçlar incelendiğinde Güvenilirlik boyutuna ait algılanan kalite (P2) konusunda;meslek grupları arasında anlamlı bir farklılık olduğu anlaşılmaktadır. ($p<0,05$) işçi grubu müşterilerin Güvenilirlik boyutu ile ilgili algılaması diğer meslek gruplarına göre daha fazladır.

Beklenen kalite konusunda (E2); meslek grupları arasında anlamlı bir farklılık olduğu anlaşılmaktadır.($p<0,05$) işçi grubu müşterilerin Güvenilirlik boyutu ile ilgili algılan beklenen kalite değeri diğer meslek gruplarına göre daha fazladır.

Hastanenin güvenilirlik boyutuna ait Servqual Skoru (SQ2) açısından meslek grupları arasında anlamlı bir farklılık olduğu anlaşılmaktadır.($p<0,05$) işçi grubu diğer meslek gruplara göre algıladığı fiziksel özellik kalitesi daha yüksek orandadır.

3.3.4 Heveslilik Boyutuna Ait Değerlendirme

Anketin on ile onüçüncü soruları hastanenin Heveslilik yani “müşterilere yardımcı olma arzusu ve hizmetin hızlı bir şekilde verilmesi” kalitesini ölçmeye yöneliktir. Bu boyut ile ilgili olarak tüm müşterilere ait toplam skorlar aşağıda verilmiştir.

BOYUT NO	ALGILANAN KALİTE (P)	BEKLENEN KALİTE€	SERVQUAL SKORU SQ)
3 NCİ BOYUT	4,05	4,62	-0,57

a. Yaş boyutunda Heveslilik Kalitesinin Genel Değerlendirilmesi

Hastane güvenilirlik özelliği açısından paylaşılan kalite değeri konusunda, yaş boyutunda anlamlı farklılığın olup olmadığı konusunda Tek Yönlü Varyans Analizi (One Way –ANOVA) Benforroni analizi yapılmıştır. Sonuçlar tablodadır.

Tablo 36: Yaşlara Göre Heveslilik Boyutu Hizmet Kalitesi Skorlarının Karşılaştırılması

YAŞ	SKOR	ORTALAMA	STANDART SAPMA
18-30	P3	4,00	0,794
	E3	4,58	0,388
	SQ3	-0,58	0,425
31-45	P3	4,02	0,877
	E3	4,65	0,381
	SQ3	-0,63	0,483
46 VE +	P3	4,20	0,782
	E3	4,65	0,367
	SQ3	-0,45	0,451

Tek Yönlü Varyans Analizi (One Way- ANOVA) Benforroni Analizi

SKOR	YAŞ (I)	YAŞ(J)	ORT.ARASI FARK(I-J)	SATNDART HATA	ANLAMLILIK DÜZEYİ
P3	18-30	31-45	-0,017	0,081	1,000
		46 +	-0,192	0,101	0,175
	31-45	18-30	0,017	0,081	1,000
		46+	-0,175	0,100	0,247
	46 +	18-30	0,192	0,101	0,175
		31-45	0,175	0,100	0,247
E3	18-30	31-45	-0,079	0,037	0,102
		46 +	-0,078	0,047	0,280
	31-45	18-30	0,079	0,037	0,102
		46+	0,001	0,046	1,000
	46 +	18-30	0,078	0,047	0,280
		31-45	-0,001	0,046	1,000
SQ3	18-30	31-45	-0,048	0,044	0,837
		46 +	-0,135	0,056	0,046*
	31-45	18-30	0,048	0,044	0,837
		46+	-0,087	0,055	0,346

Yukarıdaki tablodan çıkan sonuçlar incelendiğinde Heveslilik boyutuna ait algılanan kalite, beklenen kalite anlamlı bir farklılık olmadığı anlaşılmaktadır

Hastanenin heveslik boyutuna ait Servqual Skoru (SQ2) açısından yaş grupları arasında anlamlı bir farklılık olduğu anlaşılmaktadır.($p < 0,05$) 46 yaş ve yukarı grubu 18-30 yaş grubuna göre algıladığı heveslilik kalitesi daha yüksek orandadır.

b. Tahsil Boyutunda Heveslilik Kalitesinin Genel Değerlendirilmesi

Hastane Heveslilik açısından paylaşılan kalite değeri konusunda tahsil durumuna göre farklılık olup olmadığının tespiti için Tek Yönlü Varyans Analizi (One Way-ANOVA) Benforroni analizi yapılmıştır. Sonuçlar aşağıdaki tablodadır.

Tablo 37: Tahsile Göre Heveslilik Boyutu Hizmet Kalitesi Skorlarının Karşılaştırılması

TAHSİL	SKOR	ORTALAMA	STANDART SAPMA
İLKÖĞRETİM	P3	4,43	0,557
	E3	4,78	0,338
	SQ3	-0,35	0,326
LİSE	P3	4,19	0,642
	E3	4,56	0,398
	SQ3	-0,37	0,405
ÜNİVERSİTE	P3	3,42	1,085
	E3	4,72	0,311
	SQ3	-1,3	0,405

Tek Yönlü Varyans Analizi One Way- ANOVA) Benforroni Analizi

SKOR	YAŞ (I)	YAŞ(J)	ORT.ARASI FARK(I-J)	SATNDART HATA	ANLAMLILIK DÜZEYİ
P3	İLKÖĞR.	LİSE	0,241	0,099	0,046*
		ÜNİV.	1,008	0,114	0,000*
	LİSE	İLKÖĞR.	-0,241	0,099	0,046*
		ÜNİV.	0,767	0,081	0,000*
	ÜNİV.	İLKÖĞR.	-1,008	0,114	0,000*
		LİSE	-0,767	0,081	0,000*
E3	İLKÖĞR.	LİSE	0,218	0,049	0,000*
		ÜNİV.	0,053	0,056	1,000
	LİSE	İLKÖĞR.	-0,218	0,049	0,000*
		ÜNİV.	-0,165	0,040	0,000*
	ÜNİV.	İLKÖĞR.	-0,053	0,056	1,000
		LİSE	0,165	0,040	0,000*
SQ3	İLKÖĞR.	LİSE	0,229	0,056	0,000*
		ÜNİV.	0,531	0,065	0,000*
	LİSE	İLKÖĞR.	-0,229	0,056	0,000*
		ÜNİV.	0,301	0,046	0,000*
	ÜNİV.	İLKÖĞR.	-0,531	0,065	0,000*
		LİSE	-0,301	0,046	0,000*

* P<0,05

Yukarıdaki tablodan çıkan sonuçlar incelendiğinde Heveslilik boyutuna ait algılanan kalite (P3) konusunda; tahsil grupları arasında anlamlı bir farklılık olduğu anlaşılmaktadır. ($p<0,05$) ilköğretim grubu müşterilerin Heveslilik boyutu ile ilgili algılaması diğer tahsil gruplarına göre daha fazladır.

Beklenen kalite konusunda (E3); tahsil grupları arasında anlamlı bir farklılık olduğu anlaşılmaktadır. ($p<0,05$) ilköğretim grubu müşterilerin Heveslilik boyutu ile ilgili algılan beklenen kalite değeri diğer tahsil gruplarına göre daha fazladır.

Hastanenin heveslilik boyutuna ait Servqual Skoru (SQ2) açısından tahsil grupları arasında anlamlı bir farklılık olduğu anlaşılmaktadır. ($p<0,05$) ilköğretim grubu diğer tahsil gruplara göre algıladığı heveslilik kalitesi daha yüksek orandadır.

c. Cinsiyet Boyutunda Heveslilik Kalitesinin Genel Değerlendirmesi

Hastane heveslilik boyutu açısından paylaşılan kalite değeri konusunda cinsiyet durumuna göre farklılık olup olmadığının tespiti için Bağımsız Örnek Küteller için t-testi (Independent Samples t-test) analizi yapılmıştır. Sonuçlar aşağıdaki tablodadır.

Tablo 38: Cinsiyete Göre Heveslilik Boyutu Hizmet Kalitesi Skorlarının Karşılaştırılması

CİNSİYET	SKOR	ORTALAMA	STANDART SAPMA
KADIN	P3	3,94	0,962
	E3	4,78	0,308
	SQ3	-0,84	0,508
ERKEK	P3	4,11	0,740
	E3	4,54	0,394
	SQ3	-0,43	0,426

Ortalamaların Eşitliği İçin t-testi

SKOR	t-DEĞERİ	ANLAMLILIK DÜZEYİ	ORT.ARASI FARK	ORT.ARASI STD. HATA
P3	-2,138	0,033	-0,162	0,076
E3	7,094	0,000	0,237	0,033
SQ3	0,903	0,367	0,038	0,042

Yukarıdaki tablodan anlaşılacağı üzere, hastanenin heveslilik boyutuna beklenen kalite, algılanan kalite ve Servqual skoru açısından kadın ve erkek müşteriler arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. ($p>0,05$). Erkek müşterilerin hastanenin heveslilik boyutuna ait bekledikleri kalitede ve bunun sonucu olarak Servqual skorunda kadın müşterilere oranla düşüklük bulunmaktadır.

d. Meslek Boyutuna Göre Heveslilik Özellik Kalitesinin Genel Değerlendirilmesi

Hastane heveslilik açısından paylaşılan kalite değeri konusunda meslek durumuna göre farklılık olup olmadığının tespiti için Tek Yönlü Varyans Analizi (One Way-ANOVA) Benforroni analizi yapılmıştır. Sonuçlar aşağıdaki tablodadır.

Tablo 39: Mesleğe göre Heveslilik Boyutu Hizmet Kalitesi Skorlarının Karşılaştırılması

Meslek	SKOR	ORTALAMA	STANDART SAPMA
Memur	P3	3,70	1,017
	E3	4,76	0,343
	SQ3	-1,06	0,586
İşçi	P3	4,25	0,636
	E3	4,45	0,346
	SQ3	-0,2	0,342
Diğer Meslek	P3	4,18	0,681
	E3	4,80	0,357
	SQ3	-0,62	0,401

Tek Yönlü Varyans Analizi (One Way- ANOVA) Benforroni Analizi

SKOR	MESLEK (I)	MESLEK (J)	ORT.ARASI FARK(I-J)	SATNDART HATA	ANLAMLILIK DÜZEYİ
P3	Memur	İşçi	-0,55	0,078	0,000*
		Diğer	-0,48	0,100	0,000*
	İşçi	Memur	0,55	0,078	0,000*
		Diğer	0,07	0,095	1,000
	Diğer	İşçi	0,48	0,100	0,000*
		Memur	-0,07	0,095	1,000
E3	Memur	İşçi	0,31	0,034	0,000*
		Diğer	-0,04	0,044	1,000
	İşçi	Memur	-0,31	0,034	0,000*
		Diğer	-0,35	0,042	0,000*
	Diğer	İşçi	0,04	0,044	1,000
		Memur	0,35	0,042	0,000*
SQ3	Memur	İşçi	-0,12	0,044	0,022*
		Diğer	-0,26	0,057	0,000*
	İşçi	Memur	0,12	0,044	0,022*
		Diğer	-0,14	0,054	0,031*
	Diğer	İşçi	0,26	0,057	0,000*
		Memur	0,14	0,054	0,031*

*p<0,05

Yukarıdaki tablodan çıkan sonuçlar incelendiğinde Heveslilik boyutuna ait algılanan kalite (P3) konusunda; meslek grupları arasında anlamlı bir farklılık olduğu anlaşılmaktadır. (p<0,05) işçi grubu müşterilerin Heveslilik boyutu ile ilgili algılaması diğer meslek gruplarına göre daha fazladır.

Beklenen kalite konusunda (E3); meslek grupları arasında anlamlı bir farklılık olduğu anlaşılmaktadır.(p<0,05) Diğer meslek grubu müşterilerin Heveslilik boyutu ile ilgili algılan beklenen kalite değeri diğer meslek gruplarına göre daha fazladır.

Hastanenin heveslilik boyutuna ait Servqual Skoru (SQ3) açısından meslek grupları arasında anlamlı bir farklılık olduğu anlaşılmaktadır.(p<0,05) diğer meslek grubu diğer meslek gruplara göre algıladığı heveslilik kalitesi daha yüksek orandadır.

3.3.5. Güven Boyutuna Ait Değerlendirme

Anketin ondört ile onyedinci soruları hastanenin Güven yani “Çalışanların bilgi ve beceri seviyesi, güvenilir olmaları” kalitesini ölçmeye yöneliktir. Bu boyut ile ilgili olarak tüm müşterilere ait toplam skorlar aşağıda verilmiştir.

BOYUT NO	ALGILANAN KALİTE (P)	BEKLENEN KALİTE€	SERVQUAL SKORU SQ)
4 NCİ BOYUT	4,01	4,79	-0,780

a. Yaş boyutunda Güven Kalitesinin Genel Değerlendirilmesi

Hastane güvenilirlik özelliği açısından paylaşılan kalite değeri konusunda, yaş boyutunda anlamlı farklılığın olup olmadığı konusunda Tek Yönlü Varyans Analizi (One Way –ANOVA) Benforroni analizi yapılmıştır. Sonuçlar tablodadır.

Tablo 40: Yaşlara Göre Güven Boyutu Hizmet Kalitesi Skorlarının Karşılaştırılması

YAŞ	SKOR	ORTALAMA	STANDART SAPMA
18-30	P4	4,00	1,300
	E4	4,75	0,343
	SQ4	-0,75	0,695
31-45	P4	4,00	0,962
	E4	4,82	0,329
	SQ4	-0,82	0,520
46 VE +	P4	4,08	0,845
	E4	4,83	0,284
	SQ4	-0,75	0,416

Tek Yönlü Varyans Analizi (One Way- ANOVA) Benforroni Analizi

SKOR	YAŞ (I)	YAŞ(J)	ORT.ARASI FARK(I-J)	SATNDART HATA	ANLAMLILIK DÜZEYİ
P4	18-30	31-45	0,00	0,106	1,000
		46 +	-0,08	0,133	1,000
	31-45	18-30	0,00	0,106	1,000
		46+	-0,08	0,132	1,000
	46 +	18-30	0,08	0,133	1,000
		31-45	0,08	0,132	1,000
E4	18-30	31-45	-0,08	0,032	0,049*
		46 +	-0,08	0,040	0,142
	31-45	18-30	0,08	0,032	0,049*
		46+	0,00	0,040	1,000
	46 +	18-30	0,08	0,040	0,142
		31-45	0,00	0,040	1,000
SQ4	18-30	31-45	-0,04	0,057	1,000
		46 +	-0,08	0,071	0,813
	31-45	18-30	0,04	0,057	1,000
		46+	-0,04	0,070	1,000

* p<0,05

Yukarıdaki tablodan anlaşılacağı üzere, hastanenin güven boyutuna algılanan kalite, Servqual skoru açısından yaş gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. ($p>0,05$).

Beklenen kalite (E4) 18-30 yaş grubu ile 31-45 yaş grubu arasında anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. 31-45 yaş grubunun güven boyutu ile ilgili olarak beklenen kalite 18-30 yaş grubuna göre daha yüksek düzeydedir.

b. Tahsil Boyutunda Güven Kalitesinin Genel Değerlendirilmesi

Hastane güven açısından paylaşılan kalite değeri konusunda tahsil durumuna göre farklılık olup olmadığının tespiti için Tek Yönlü Varyans Analizi (One Way-ANOVA) Benforroni analizi yapılmıştır. Sonuçlar aşağıdaki tablodadır.

Tablo 41: Tahsile Göre Güven Boyutu Hizmet Kalitesi Skorlarının Karşılaştırılması

TAHSİL	SKOR	ORTALAMA	STANDART SAPMA
ÜNİVERSİTE	P4	4,24	0,899
	E4	4,96	0,112
	SQ4	-0,72	0,462
LİSE	P4	4,04	0,671
	E4	4,75	0,358
	SQ4	-0,71	0,391
İLKÖĞRETİM	P4	3,81	1,864
	E4	4,81	0,294
	SQ4	-1,00	0,954

Tek Yönlü Varyans Analizi One Way- ANOVA) Benforroni Analizi

SKOR	YAŞ (I)	YAŞ(J)	ORT.ARASI FARK(I-J)	SATNDART HATA	ANLAMLILIK DÜZEYİ
P4	İLKÖĞR.	LİSE	0,20	0,142	0,498
		ÜNİV.	0,43	0,164	0,027*
	LİSE	İLKÖĞR.	-0,20	0,142	0,498
		ÜNİV.	0,23	0,117	0,141
	ÜNİV.	İLKÖĞR.	-0,43	0,164	0,027*
		LİSE	-0,23	0,117	0,141
E4	İLKÖĞR.	LİSE	0,20	0,042	0,000*
		ÜNİV.	0,15	0,049	0,008*
	LİSE	İLKÖĞR.	-0,20	0,042	0,000*
		ÜNİV.	-0,06	0,035	0,296
	ÜNİV.	İLKÖĞR.	-0,15	0,049	0,008*
		LİSE	0,06	0,035	0,296
SQ4	İLKÖĞR.	LİSE	0,20	0,076	0,024*
		ÜNİV.	0,29	0,087	0,003*
	LİSE	İLKÖĞR.	-0,20	0,076	0,024*
		ÜNİV.	0,09	0,062	0,475
	ÜNİV.	İLKÖĞR.	-0,29	0,087	0,003*
		LİSE	-0,09	0,062	0,475

* p<0,05

Yukarıdaki tablodan anlaşılacağı üzere, hastanenin güven boyutuna algılanan kalite, beklenen kalite ve Servqual skoru açısından tahsil grupları arasında anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. ($p<0,05$). Üniversite grubu müşterilerin güven boyutu ile ilgili algılaması diğer tahsil gruplarına göre daha fazladır.

Beklenen kalite konusunda (E4); tahsil grupları arasında anlamlı bir farklılık olduğu anlaşılmaktadır. ($p<0,05$) üniversite grubu müşterilerin Güven boyutu ile ilgili beklenen kalite değeri diğer tahsil gruplarına göre daha fazladır.

Hastanenin güven boyutuna ait Servqual Skoru (SQ4) açısından tahsil grupları arasında anlamlı bir farklılık olduğu anlaşılmaktadır. ($p<0,05$) üniversite grubu diğer tahsil gruplara göre algıladığı güven kalitesi daha yüksek orandadır.

c. Cinsiyet Boyutunda Güven Kalitesinin Genel Değerlendirmesi

Hastane Güven boyutu açısından paylaşılan kalite değeri konusunda cinsiyet durumuna göre farklılık olup olmadığının tespiti için Bağımsız Örnek Küteller için t-testi (Independent Samples t-test) analizi yapılmıştır. Sonuçlar aşağıdaki tablodadır.

Tablo 42: Cinsiyete Göre Güven Boyutu Hizmet Kalitesi Skorlarının Karşılaştırılması

CİNSİYET	SKOR	ORTALAMA	STANDART SAPMA
KADIN	P4	3,96	0,948
	E4	4,79	0,323
	SQ4	-0,83	0,472
ERKEK	P4	4,04	1,159
	E4	4,79	0,331
	SQ4	-0,75	0,631

Ortalamaların Eşitliği İçin t-testi

SKOR	t-DEĞERİ	ANLAMLILIK DÜZEYİ	ORT.ARASI FARK	ORT.ARASI STD. HATA
P4	-0,834	0,405	-0,083	0,100
E4	0,052	0,959	0,002	0,030
SQ4	-0,769	0,442	-0,041	0,053

Yukarıdaki tablodan çıkan sonuçlar incelendiğinde kadın ve erkek müşteri arasında güven boyutuna ait algılanan kalite (P4), beklenen kalite (E4) ve Servqual Skoru (SQ4) arasında anlamlı bir farklılığın bulunmadığı ortaya çıkmaktadır. ($P > 0,05$)

d. Meslek Boyutunda Güven Kalitesinin Genel Değerlendirilmesi

Hastane güven açısından paylaşılan kalite değeri konusunda meslek durumuna göre farklılık olup olmadığının tespiti için Tek Yönlü Varyans Analizi (One Way-ANOVA) Benforroni analizi yapılmıştır. Sonuçlar aşağıdaki tablodadır.

Tablo 43: Mesleğe göre Güven Boyutu Hizmet Kalitesi Skorlarının Karşılaştırılması

Meslek	SKOR	ORTALAMA	STANDART SAPMA
Memur	P4	3,79	1,003
	E4	4,78	0,373
	SQ4	-0,99	0,531
İşçi	P4	4,02	0,559
	E4	4,78	0,300
	SQ4	-0,76	0,330
Diğer Meslek	P4	4,39	1,881
	E4	4,86	0,306
	SQ4	-0,47	0,973

Tek Yönlü Varyans Analizi (One Way- ANOVA) Benforroni Analizi

SKOR	MESLEK (I)	MESLEK (J)	ORT.ARASI FARK(I-J)	SATNDART HATA	ANLAMLIILIK DÜZEYİ
P4	Memur	İşçi	-0,23	0,106	0,089
		Diğer	-0,60	0,136	0,000*
	İşçi	Memur	0,23	0,106	0,089
		Diğer	-0,37	0,128	0,012*
	Diğer	İşçi	0,60	0,136	0,000*
		Memur	0,37	0,128	0,012*
E4	Memur	İşçi	-0,01	0,032	1,000
		Diğer	-0,08	0,041	0,165
	İşçi	Memur	0,01	0,032	1,000
		Diğer	-0,07	0,039	0,175
	Diğer	İşçi	0,08	0,041	0,165
		Memur	0,07	0,039	0,175
SQ4	Memur	İşçi	-0,12	0,056	0,108
		Diğer	-0,34	0,072	0,000*
	İşçi	Memur	0,12	0,056	0,108
		Diğer	-0,22	0,068	0,003*
	Diğer	İşçi	0,34	0,072	0,000*
		Memur	0,22	0,068	0,003*

* p<0,05

Yukarıdaki tablodan anlaşılacağı üzere, hastanenin güven boyutuna algılanan kalite, Servqual skoru açısından meslek gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. (p<0,05). Diğer meslek grubu müşterilerin güven boyutu ile ilgili algılaması diğer memur ve işçi gruplarına göre daha fazladır.

Hastanenin güven boyutuna ait Servqual Skoru (SQ4) açısından meslek grupları arasında anlamlı bir farklılık olduğu anlaşılmaktadır.(p<0,05) Diğer meslek grubu memur ve işçi gruplara göre algıladığı güven kalitesi daha yüksek orandadır.

3.3.5 Empati Boyutuna Ait Değerlendirme

Anketin onsekiz ile yirikinci soruları hastanenin Empati yani “Şirketin kendini müşterilerin yerine koyması, müşterilere bireysel dikkat ve ihtimam

gösterilmesi” kalitesini ölçmeye yöneliktir. Bu boyut ile ilgili olarak tüm müşterilere ait toplam skorlar aşağıda verilmiştir.

BOYUT NO	ALGILANAN KALİTE (P)	BEKLENEN KALİTE€	SERVQUAL SKORU SQ)
5NCİ BOYUT	3,55	4,67	-1,12

a. Yaş boyutunda Empati Kalitesinin Genel Değerlendirilmesi

Hastane güvenilirlik özelliği açısından paylaşılan kalite değeri konusunda, yaş boyutunda anlamlı farklılığın olup olmadığı konusunda Tek Yönlü Varyans Analizi (One Way –ANOVA) Benforroni analizi yapılmıştır. Sonuçlar tablodadır.

Tablo 44: Yaşlara Göre Empati Boyutu Hizmet Kalitesi Skorlarının Karşılaştırılması

YAŞ	SKOR	ORTALAMA	STANDART SAPMA
18-30	P5	3,50	0,732
	E5	4,60	0,457
	SQ5	-1,1	0,452
31-45	P5	3,56	0,892
	E5	4,71	0,440
	SQ5	-1,15	0,503
46 VE +	P5	3,65	0,942
	E5	4,73	0,358
	SQ5	-1,08	0,530

Tek Yönlü Varyans Analizi (One Way- ANOVA) Benforroni Analizi

SKOR	YAŞ (I)	YAŞ(J)	ORT.ARASI FARK(I-J)	SATNDART HATA	ANLAMLILIK DÜZEYİ
P5	18-30	31-45	-0,06	0,082	1,000
		46 +	-0,15	0,103	0,409
	31-45	18-30	0,06	0,082	1,000
		46+	-0,09	0,102	1,000
	46 +	18-30	0,15	0,103	0,409
		31-45	0,09	0,102	1,000
E5	18-30	31-45	-0,10	0,042	0,040*
		46 +	-0,13	0,053	0,052
	31-45	18-30	0,10	0,042	0,040*
		46+	-0,02	0,053	1,000
	46 +	18-30	0,13	0,053	0,052
		31-45	0,02	0,053	1,000
SQ5	18-30	31-45	-0,08	0,048	0,235
		46 +	-0,14	0,060	0,059
	31-45	18-30	0,08	0,048	0,235
		46+	-0,06	0,059	1,000

* $p < 0,05$

Yukarıdaki tablodan anlaşılacağı üzere, hastanenin empati boyutuna algılanan kalite, Servqual skoru açısından yaş gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. ($p > 0,05$).

Hastanenin empati boyutuna beklenen kalite 18-30 grubu ile 31-45 yaş grubu arasında anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. ($p < 0,05$). 31-45 yaş grubu müşterilerin empati boyutu ile ilgili algılaması 18-30 yaş grubuna göre daha fazladır.

b. Tahsil Boyutunda Empati Kalitesinin Genel Değerlendirilmesi

Hastane empati açısından paylaşılan kalite değeri konusunda tahsil durumuna göre farklılık olup olmadığının tespiti için Tek Yönlü Varyans Analizi (One Way-ANOVA) Benforroni analizi yapılmıştır. Sonuçlar aşağıdaki tablodadır.

Tablo 45: Tahsile Göre Empati Boyutu Hizmet Kalitesi Skorlarının Karşılaştırılması

TAHSİL	SKOR	ORTALAMA	STANDART SAPMA
İLKÖĞRETİM	P5	3,88	1,006
	E5	4,90	0,186
	SQ5	-1,02	0,524
LİSE	P5	3,66	0,709
	E5	4,64	0,442
	SQ5	-0,98	0,425
ÜNİVERSİTE	P5	3,04	0,887
	E5	4,63	0,483
	SQ5	-1,59	0,525

Tek Yönlü Varyans Analizi One Way- ANOVA) Benforroni Analizi

SKOR	YAŞ (I)	YAŞ(J)	ORT.ARASI FARK(I-J)	SATNDART HATA	ANLAMLILIK DÜZEYİ
P5	İLKÖĞR.	LİSE	0,22	0,105	0,117
		ÜNİV.	0,83	0,120	0,000*
	LİSE	İLKÖĞR.	-0,22	0,105	0,117
		ÜNİV.	0,62	0,086	0,000
	ÜNİV.	İLKÖĞR.	-0,83	0,120	0,000*
		LİSE	-0,62	0,086	0,000*
E5	İLKÖĞR.	LİSE	0,26	0,056	0,000*
		ÜNİV.	0,26	0,065	0,000*
	LİSE	İLKÖĞR.	-0,26	0,056	0,000*
		ÜNİV.	0,00	0,046	1,000
	ÜNİV.	İLKÖĞR.	-0,26	0,065	0,000*
		LİSE	0,00	0,046	1,000
S5	İLKÖĞR.	LİSE	0,24	0,061	0,000*
		ÜNİV.	0,55	0,070	0,000*
	LİSE	İLKÖĞR.	-0,24	0,061	0,000*
		ÜNİV.	0,31	0,050	0,000*
	ÜNİV.	İLKÖĞR.	-0,55	0,070	0,000*
		LİSE	-0,31	0,050	0,000*

* p<0,05

Yukarıdaki tablodan anlaşılacağı üzere, hastanenin empati boyutuna algılanan kalite, beklenen kalite ve Servqual skoru açısından tahsil grupları arasında anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. ($p<0,05$). İlköğretim grubu müşterilerin empati boyutu ile ilgili algılaması diğer tahsil gruplarına göre daha fazladır.

Beklenen kalite konusunda (E5); tahsil grupları arasında anlamlı bir farklılık olduğu anlaşılmaktadır. ($p<0,05$) İlköğretim grubu müşterilerin Empati boyutu ile ilgili algılan beklenen kalite değeri diğer tahsil gruplarına göre daha fazladır.

Hastanenin empati boyutuna ait Servqual Skoru (SQ5) açısından tahsil grupları arasında anlamlı bir farklılık olduğu anlaşılmaktadır. ($p<0,05$) İlköğretim grubu diğer tahsil gruplara göre algıladığı fiziksel özellik kalitesi daha yüksek orandadır.

c. Cinsiyet Boyutunda Empati Kalitesinin Genel Değerlendirmesi

Hastane Empati boyutu açısından paylaşılan kalite değeri konusunda cinsiyet durumuna göre farklılık olup olmadığının tespiti için Bağımsız Örnek Küteller için t-testi (Independent Samples t-test) analizi yapılmıştır. Sonuçlar aşağıdaki tablodadır.

Tablo 46:Cinsiyete Göre Empati Boyutu Hizmet Kalitesi Skorlarının Karşılaştırılması

CİNSİYET	SKOR	ORTALAMA	STANDART SAPMA
KADIN	P5	3,50	0,950
	E5	4,78	0,360
	SQ5	-1,28	0,514
ERKEK	P5	3,58	0,777
	E5	4,61	0,463
	SQ5	-1,03	0,478

Ortalamaların Eşitliği İçin t-testi

SKOR	t-DEĞERİ	ANLAMLILIK DÜZEYİ	ORT.ARASI FARK	ORT.ARASI STD. HATA
P5	-1,120	0,263	-0,086	0,077
E5	4,159	0,000	0,163	0,039
SQ5	0,855	0,393	0,038	0,045

Yukarıdaki tablodan çıkan sonuçlar incelendiğinde kadın ve erkek müşteri arasında empati boyutuna ait algılanan kalite (P5), beklenen kalite (E5) ve Servqual Skoru (SQ5) arasında anlamlı bir farklılığın bulunmadığı ortaya çıkmaktadır. ($P>0,05$)

d. Meslek Boyutuna Göre Empati Kalitesinin Genel Değerlendirilmesi

Hastane Empati açısından paylaşılan kalite değeri konusunda meslek durumuna göre farklılık olup olmadığının tespiti için Tek Yönlü Varyans Analizi (One Way-ANOVA) Benforroni analizi yapılmıştır. Sonuçlar aşağıdaki tablodadır.

Tablo 47: Mesleğe göre Empati Boyutu Hizmet Kalitesi Skorlarının Karşılaştırılması

Meslek	SKOR	ORTALAMA	STANDART SAPMA
Memur	P5	3,40	1,086
	E5	4,70	0,422
	SQ25	-1,3	0,603
İşçi	P5	3,66	0,535
	E5	4,63	0,391
	SQ5	-0,97	0,346
Diğer Meslek	P5	3,55	0,949
	E5	4,72	0,548
	SQ5	-1,17	0,574

Tek Yönlü Varyans Analizi (One Way- ANOVA) Benforroni Analizi

SKOR	MESLEK (I)	MESLEK (J)	ORT.ARASI FARK(I-J)	SATNDART HATA	ANLAMLIILIK DÜZEYİ
P5	Memur	İşçi	-0,26	0,083	0,005*
		Diğer	-0,15	0,106	0,514
	İşçi	Memur	0,26	0,083	0,005*
		Diğer	0,11	0,100	0,766
	Diğer	İşçi	0,15	0,106	0,514
		Memur	-0,11	0,100	0,766
E5	Memur	İşçi	0,07	0,043	0,317
		Diğer	-0,01	0,055	1,000
	İşçi	Memur	-0,07	0,043	0,317
		Diğer	-0,08	0,052	0,322
	Diğer	İşçi	0,01	0,055	1,000
		Memur	0,08	0,052	0,322
SQ5	Memur	İşçi	-0,09	0,048	0,153
		Diğer	-0,08	0,062	0,599
	İşçi	Memur	0,09	0,048	0,153
		Diğer	0,02	0,059	1,000
	Diğer	İşçi	0,08	0,062	0,599
		Memur	-0,02	0,059	1,000

* p<0,05

Yukarıdaki tablodan anlaşılacağı üzere, hastanenin empati boyutuna beklenen kalite, ve Servqual skoru açısından meslek gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. (p>0,05).

Memur ve işçi grubu arasında empati boyutunda anlamlı bir farklılık bulunmaktadır.İşçi grubu müşterilerin empati boyutu ile ilgili algılaması memur gruplarına göre daha fazladır.(p<0,05)

SONUÇ VE ÖNERİLER

İlk olarak Parasuraman, Zeithaml ve Berry adlı araştırmacılar tarafından geliştirilen “hizmet kalitesinin ölçülmesi”manasına gelen servqual (Service Quality) metodu, kalitenin somut olarak ölçülmesinde bütün dünyüdü olduğu gibi ölkemizde de bir çok hizmet sektöründe uygulanmaktadır.

Metodun ana mantığı; bir işletmede sunulan hizmetin kalitesini, hizmetin kullanıcıları tarafından belirlenen olması gerekenle, yine müşteriler tarafından belirlenen mevcut durumun sayısal olarak karşılaştırılmasına dayanmaktadır.

Bu maksatla yani, olması gerekenle, olanın tespit edilmesine yönelik olarak müşterilere belirli hizmet kalitesi boyutlarını ölçen sorular sorulmakta ve bu sorular daha sonra puanlandırılarak somut hale çevrilmektedir.

Burada belirtilmesi gereken bir konu da; ölçekte kullanılan soru önermelerinin değişmez nitelikte olmadığıdır. Yani bütün işletmeler kendi bünyesel özelliklerini göz önüne alarak ölçmek istediğı kalite boyutu özelliklerine göre kendi ölçeklerini oluşturabilmektedir. Araştırma konusunun Ankara Ulus Devlet Hastanesinde bir ilk olması bakımından yukarıda belirtilen araştırmacılar tarafından belirlenen orijinal ölçeğe sadık kalınmıştır.

Araştırmada kullanılan ölçek belirlenen örnek hastaneden faydalanan hasta sayısı baz alınarak 519 müşteri üzerinde uygulanmıştır. Bu kişilerin büyük bir oranının lise ve üzeri tahsilde olması anketin uygulanmasını kolaylaştırmış ve sonuçların güvenilirliğini daha da artırmıştır. Daha sonra veriler, sonuçların inceleneyeceğı SPSS 13,0 programına girilmiştir. Anketlere yapılan güvenilirlik analizi sonucunda ölçek değerlendirilmek üzere güvenilir olarak çıkmıştır.

Anketin güvenilirliği test edildikten sonra tüm anketin genel olarak değerlendirilmesi ve daha sonra boyutlar bazında değerlendirmeler yapılmıştır. Anketin tamamının ve boyutlarının genel değerlendirmesinden sonra demografik boyutlar bazında değerlendirmelerde bulunulmuştur. Ulaşılan sonuçlar ve (varsa) teklifler aşağıda, elde edilen bulgular ve değerlendirme bölümünde sırayla belirtilmiştir.

1. Genel olarak Ankara Ulus Devlet Hastanesinin müşterileri tarafından algılanan kalitesi 3,77 ile orta ile iyi derecesi arasında iyi'ye yakın derecede çıkmıştır. Servqual skoru yani kalite puanı -0,98 ile iyi derecede çıkmıştır. Araştırma kapsamına başka devlet hastaneler dahil edilmediği için bu skorların bir başka hastane ile karşılaştırılması mümkün olmamıştır. Araştırmanın Sağlık Bakanlığının bünyesindeki diğer sağlık kuruluşlarında da uygulanması durumunda kalite skorlarının karşılaştırılması ve değerlendirilmesi de mümkün olacaktır.
2. Hastanenin müşterilerin kalite konusundaki beklentilerinin hastane tarafından doğru olarak tespit edildiği konusu; anketin birinci bölümünde yer alan boyutların önem derecelerinin tespitini yönelik bölümü ile de teyit edilmiştir. Buna göre müşteriler açısından en fazla önem verilen kalite boyutu Güvenilirlik, en az önem verilen kalite boyutu da Fiziksel boyut olarak ortaya çıkmıştır. Sonuç olarak hastane idaresi müşterilerinin istekleri ve beklentilerini doğru olarak tespit ettiğini söylemek mümkündür.
3. Müşteriler tarafından servqual skoru bakımından en düşük değer 2 soru olan “ Bu hastanedeki fiziki tesislerin görsel cazibesi vardır.” Önermesine verilmiştir. Müşterilerin hastanenin “daha fazla fiziki tesislere yatırıma ihtiyaç bulunduğu söylemek mümkündür.
4. Müşteriler bakımından Servqual skoru açısından en düşük değer , algılanan kalite bakımından en düşük değer de 2 nci soru önermesi olan “ Bu hastanedeki fiziki tesislerin görsel cazibesi vardır.”önermesine verilmiştir.Beklenen kalite değerinin yüksek olmasına rağmen algılanan kalite değeri çok düşüktür.Sonuç olarak müşteriler bu

konuda talebi çok yüksektir. Ankara Ulus Devlet Hastanesi bu konuda girişimlerde bulunmuş olup yeni radyoloji ünitesi, Laboratuvar, Ameliyathane ve Yataklı servislere modern teknolojiye göre yenileme çabalarına gitmiştir.

5. Tüm kalite skorları (Algılanan kalite, Beklenen kalite ve Servqual skoru) açısından en yüksek puanlar 14 soru olan “ Bu hastanedeki personelin davranışları hastalara güven aşılar.” Önermesine verilmiştir. Bu konudaki kalite skorunun yüksek düzeyde çıkması; hastane idarecilerinin bu hususta titizlik gösterdikleri ve müşteriyle ilişkileri düzenlemedeki faaliyetlerde yüksek düzeyde olduklarına işaret etmektedir.
6. Cinsiyet boyutu açısından toplam kaliteye yönelik yapılan analizlerde kadın müşterilerin kalite algılaması erkek müşterilere göre daha düşük seviyededir. Bu konuda, çok büyük etkisinin olduğu iddia edilmese de , hastane çalışanlarının büyük oranda erkeklerden oluşması bu nedenle kadın müşterilerin hastanede çok rahat hareket edememesinin etkili olabileceği düşünülmektedir.
7. Tahsil boyutu açısından toplam kaliteye yönelik yapılan analizlerde öğrenim seviyesi ile algılan kalite düzeyinin ters yönlük oldukları tespit edilmiştir. Yani öğrenim seviyesi arttıkça, algılanan kalite düzeyi düşmektedir. Tahsil seviyesine göre insanların beklentilerinin artması ve çevresindekileri değerlendirmelerinde daha ayrıntıcı olmaları normaldir. Farklılığın bu nedenden kaynaklandığı düşünülmektedir.
8. Yaş boyutu açısından yapılan analizlerde 45 ve yukarı yaş grubunun hastane hizmetlerinden daha üst düzeyde tatmin oldukları sonucuna ulaşılmıştır. Buna rağmen diğer yaş grupları arasında kalite algılaması yönünden anlamlı bir farklılık bulunamamıştır.
9. Meslek boyutu açısından yapılan analizlerde işçi meslek grubunun hastane hizmetlerinden daha üst düzeyde tatmin oldukları sonucuna ulaşılmıştır. Memur grubunun hastane hizmetlerinden kalite algılaması diğer mesleklere göre daha düşük seviyededir. Bunun sebebi de

memurların sağlık hizmetlerinden işçilere göre her hastaneden kolayca yararlanmalarıdır.

10. Boyutlar bazında ayrı ayrı yapılan analizlerde; Müşterilerin Fiziksel Özelliklere verdiği algılanan kalite değeri düşük çıkmıştır. Hastanenin fiziksel görünüşe ve fiziksel donanımına önem vermesi gerekmektedir.

11. Meslek boyutu açısından kalite boyutlarına yapılan analizlerde şu sonuçlara ulaşılmıştır;

Fiziksel özellikler boyutunda işçi grubu ile memur grubu arasında anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. İşçi grubunun beklenen kalite değeri memur grubuna göre daha düşüktür.

Güvenirlilik ve Heveslilik Boyutunda İşçi grubunun algılanan kalite, beklenen kalite ve Servqual skorlar açısından memur ve diğer meslek grupları arasında anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. Buna göre işçilerin bu konularda memur ve diğer meslek gruplarına oranla algılamaları daha yüksek seviyededir.

Güven Boyutunda Diğer meslek grubunun algılanan kalite ve Servqual skorlar açısından memur ve işçi grupları arasında anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. Buna göre diğer meslek grubunun bu konularda memur ve işçi oranla algılamaları daha yüksek seviyededir.

Empati boyutunda işçi grubu ile memur grubu arasında anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. İşçi grubunun algılanan kalite değeri memur grubuna göre daha düşüktür.

12. Tahsil açısından kalite boyutları üzerinde yapılan analizlerde şu sonuçlara ulaşılmıştır.

Fiziksel Özellikler boyutunda Üniversite grubunun algılanan kalite, beklenen kalite skorlar açısından diğer tahsil gruplarına arasında anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. Buna göre üniversite grubunun bu konularda diğer tahsil gruplarına göre algılamaları daha yüksek seviyededir.

Güvenirlilik, Heveslilik ve Empati boyutunda ilkökul grubu ile diğler tahsil grupları arasında algılanan kalite, beklenen kalite ve Servqual skorlar açısından anlamlı farklılık bulunduğı tespit edilmiştir. İlkokul grubunun bu konuda diğler tahsil gruplarına göre algılaması daha yüksektir.

Güven boyutunda Üniversite grubunun algılanan kalite, beklenen kalite ve servqual skorlar açısından diğler tahsil gruplarına arasında anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. Buna göre üniversite grubun bu konularda diğler tahsil gruplarına göre algılamaları daha yüksek seviyededir.

13. Cinsiyet açısından kalite boyutları üzerinde yapılan analizlerde şu sonuçlara ulaşılmıştır.

Bütün kalite boyutları açısından Kadın ve erkekler müşteriler arasında anlamlı farklılıklar bulunmamaktadır.

14. Yaş açısından kalite boyutlarına göre yapılan analizlerde şu sonuçlara ulaşılmıştır.

Güvenirlilik boyutu 31-45 yaş grubu ile 46 ve daha yukarısı arasında beklenen kalite konusunda anlamlı bir farklılığın bulunduğı ortaya çıkmaktadır. 31- 45 yaş grubunun 46 yaş ve daha yukarısı gruba göre beklentileri daha fazladır.

Heveslilik Boyutu 46 yaş ve yukarı grup ile 18-30 yaş arasında ait servqual skor açısından anlamlı bir farklılığın bulunmaktadır. Buna göre 46 yaş ve yukarı grubun kalite puanları bu konuda 18-30 yaş grubuna göre daha yüksek seviyededir.

Güven boyutu ve Empati 31-45 yaş grubu ile 18-30 yaş grubu arasında beklenen kalite açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır. 31-45 yaş grubunun bu konularda 18-30 yaş grubuna göre beklentileri daha fazladır.

Sonuç olarak Servqual yöntemi kullanılarak örnek olarak seçilen Ankara Ulus Devlet Hastanesinin sağlık hizmeti kalitesi ölçülmeye

alışılmıştır. Devlet hastanelerinde ilk olan uygulama ile hastanenin kalite yönetimi ve politikası için yararlı olacağına inanılan sonuçlara ulaşılmıştır.

Sağlık hizmetlerinde Servqual yöntemi kullanılarak yapılan kalite lmm neticesinde kaynakların etkin ve optimum bir şekilde kullanılması imkanı doğacaktır. İşletmenin; müşterilerin (hastaların) kalite algısının yüksek olarak gördüğü konular yerine, kalitesini daha düşük seviyede algıladıkları konulara kaynaklarını yönlendirerek gereksiz yatırımları engellemisi ve maliyetlerin düşürülmesi mümkün olacaktır.

Ayrıcı işletmelerin rakip işletmelerin Servqual puanlarına göre rekabet politikasına yn vermeleri de mümkündür. Günümüz rekabetçi ortamında hizmet kalitesinin bu şekilde ölçülmesi ve rakip firmalar göz önüne alınarak değerlendirilmesi önemli bir gereklilik olarak ortaya çıkmaktadır.

KAYNAKÇA

AK, Bilal

1997 Hastane Üretim Yönetimi

(Ankara:H.Ü. SİYO Ders Notları),30

AKAR, Çetin ve ÖZALP, Hüseyin

2000 Sağlık Hizmetlerinde Yönetim ,(Ankara:Eylül),190

ALTAN, Şenol,EDİZ, Ayşe ve ATAN, Murat

“SERVQUAL Analizi ile Toplam Hizmet Kalitesinin Ölçümü ve
Yüksek Eğitimde Bir uygulama”

muratatan.info/academic/bulletin/13.pdf

ARDIÇ, Kadir ve Güler, A.

2001 Pazarlama Dünyası “Reklamlarda Vurgulanan Ürün ve Hizmet

Kalitesi Boyutlarının Belirlenmesi ve Bir Uygulama”, (s,4T, Temmuz
Ağustos) 18-23

ASUNAKUTLU, Tuncer

“Sağlık Hizmetlerinde Kalite”

<http://www.canaktan.org/politika/kamudakalite/asuna.pdf>

BAŞ, Türker

2003 “Anket” Ankara:Tıbbi Basım), 46

BULGAN, Uğur , GÜRDAL, Gültekin

2005 “ÜNAK’05 Bilgi Hizmetlerinin Organizasyonu ve Pazarlanması “

22-24 Eylül

BULGAN, Uğur , GÜRDAL, Gültekin

2005 “Hizmet Kalitesi Ölçülebilir mi? ÜNAK’05 “Bilgi Hizmetlerinin Organizasyonu ve Pazarlanması “22-24 Eylül

BULUN, Mustafa ,DEMİRBAŞ,Fatih, M.İ. Safa KAPICIOĞLU

“Koruyucu Sağlık Hizmetlerinde Bilişim Teknolojileri Kullanımının Önemi” <http://ab.org.tr/ab02/tammetin/57.doc>

ÇAKIRER,Mehmet Akif

“Hastanelerde Hizmet Kalitesi ve Hizmet Kalitesinin Ölçümü”:<http://www.sitetky.com./frameset/tsky/tkymain31.html>

ÇATALCA,Huriye

2003 “Sağlık Hizmetlerinde TKY” (İstanbul,Kalder Yayınları)1

ÇİLİNGİROĞLU,Nesrin

“Sağlık Bakımı Piyasasının Temel Özellikleri”
<http://www.medinfo.hacettepe.edu.tr/ders/TR/D3/73065.doc>

ÇORUH, Mithat

1994 “Sağlık Sektöründe TKY’nin Yeri” (Ankara)7-8

ÇORUH,Mithat

1997 “Sağlık Sektöründe TKY Yaklaşımı “Hekimden Hekime Dergisi”, Ek-Kas-Aralık99:http://www.ato.org.tr/dergi/1999_3/konu1.html

DONALD,Cowell

1991 “The Marketing of Services”, (Oxford,6 th Edition, Butterworth Heinemann Ltd)22

EREN, Nevzat

1989 Sağlık Hizmetlerinde Yönetim (Ankara, Neyir Matbaa)131-132

ERYURT, Erhan, ÇAĞLAR, Hayati ,SAVAŞKAN, Metin, TAPTIK, Yılmaz

“Sürekli Gelişme Temelinde KFG-TRIZ Bütünleşmesi ile

Müşteri Odaklı-Yaratıcı Ürün ve Proses Geliştirme”

:<http://www.inotecbilgimerkezi.com/cinfocenter/pdfs/InotecBM-PPT-qfdtrizseydisehir.pdf>

FİŞEK, Nusret

“Halkımıza Sağlık Hizmetlerini Nasıl Götürebiliriz”:

www.ttb.org.tr/n_fisek/kitap_3/6.html-54k

Genel Olarak Kalite Tarihi: [http:// www.odevturk.com/odev.asp?id=5996](http://www.odevturk.com/odev.asp?id=5996)

GÖZLÜ, Sıtkı

1995 Verimlilik Dergisi “Hizmet Kalitesinin Kontrolünde İstatistikel

Yöntemler “ (MPM Yayınları,s.2),86

GRÖNROOS, Christan

1998 “Marketing Services” ; the cese of a Missing Product. Journal

of Business&İndustrial Marketing, Vo.13,.322-338

HAYRAN, Osman

1998 Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ,İstanbul:Yüce

Yayım

HAYRAN, Osman, UZ, Hulki

“Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi”

www.sabem.saglik.gov.tr/forum/ezadmin/htmlarea/files/documents/538_13sag_hizm_tky.pdf-2006

HAYRAN,Osman, UZ,Hulki

“Toplam Kalite Yönetimi ve Kalite Kavramları”

<http://www.merih.net/m1/whulkuz11.htm>.2006

HAYRAN, Osman ve SUR Haydar

1996 Hastane Yöneticiliği ,İstanbul:Nobel Tıp Kitabevleri

HAYRAN, Osman, UZ,Hulki

1998 Sağlık Hizmetleri,İstanbul:Yüce Yayım

İÇÖZ,Orhan,TAYMERGEN,İge, ÖZDEMİR,Pınar

1999 “Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi

“Hizmet Pazarlamasında İnternet Kullanımı”,(Sayı:3)

İSLAMOĞLU ,H.Ahmet

1999 Pazarlama Yönetimi, İstanbul:Beta Basım Yayım

KARABULUT, Kerem

1999 “Sağlık Ekonomisi:Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi”

Ankara: Haberal Eğitim Vakfı

KARAFAKİOĞLU, Mehmet

1998 Sağlık Hizmetleri Pazarlaması

İstanbul :Ü.İşletme Fakültesi,(Yayın No:271)

KARAHAN Kasım

2000 Hizmet Pazarlaması, İstanbul:Beta Yayınları

KAVUNCUBAŞI, Şahin

2000 Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi ,Ankara:Siyasal

Kitapevi

LOVELOCK "Customer satisfaction and Service quality" , Module 3 (b)., chapter 4 (pp.99-128). including appendix. Selected Reading 3.1:
www23.homepage.villanova.edu/james.mullen/Marketing_of_Services/posm
m12.ppt

MALHAN, Simten ve ÖZGÜLBAŞ,Nermin

1999 Sağlık Hizmetleri Pazarlaması,"Bir Örnek Hastane:Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi", Ankara: Hebaral Eğitim Vakfı

MUCUK,İsmet

2001 Pazarlama İlkeleri , İstanbul: Türkmen Kitabevi

PAKDİL, Fatma

"Konur Hastanesi'de Hasta Memnuniyeti Araştırmaları ve Hasta Odaklı Sağlık Hizmeti": <http://www.merih.net/m1/wfatpak01.htm>

PARASUMAN, A. ZEİTHAML, V. BERRY,L.L.

1985 A Conceptual Model of Service Quality and It's implications for Future, Journal of Marketing:Vo: 49)

SAAT Mesiha

1999 G.Ü.İ.İ.B.F. Dergisi "Kavramsal Hizmet Modeli ve Hizmet Kalitesini Ölçme Aracı olarak Servqual Analiz": (3/99)

SAAT Mesiha

1994 "Sağlık Tesisleri İçin Yer Seçimi Modelleri ve Tam Sayılı 0-1 Programlama ile Optimizasyon" ,G.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Yayınlanmamış Doktora Tezi Ankara,1

SARIKAYA, Nilgün

2004 "XXIV Ulusal Kongresi,Servis Sistemlerinde Kalitenin Ölçülmesi ve Değerlendirilmesinde DEA Modeli"

Sakarya Üniversitesi, İ.İ.B.F.İşletme Bölümü 15-18 Haziran

SARIKAYA Nilgün

2004 “Servis Sistemlerinde Kalitenin Ölçülmesi ve Değerlendirilmesinde DEA Modeli”: Bir Bankacılık Uygulması, [yaem2004.cukurova.edu.tr/ bildiriler/124%20-%20TamMetin.pdf](http://yaem2004.cukurova.edu.tr/bildiriler/124%20-%20TamMetin.pdf)

SAVAŞ, Halil, AY, Mehvibe

“Üniversite Kütüphanesi Tasarımında Kalite Fonksiyon Göçerimi Uygulanması”
<http://www.sbe.deu.edu.tr/Yayinlar/dergi/2006/Cilt%207%20Sayi%203%202005/savas-ay.pdf>

SEÇİM Hikmet

“Hastanelerin Tanımı, Sınıflandırılması ve İşlevleri”
<http://www.merih.net/m1/hastmod1.htm>

SEÇİM Hikmet

1995 Hastane İşletmeciliği Eskişehir, AnadoluÜni.Yayınları:(No:843)

SHAHİN Arash

“Servqual and Model of Service Quality Gaps”
www.qmconf.com/Docs/0077.pdf

SEYRAN, Deniz

2004 Hizmet Kalitesi, İstanbul,Kalder Yayınları

SÖZEN ,Cemil

2002 Sağlık Hizmetlerinde ve Sağlık İşletmelerinde Yönetim
Ankara:Nobel Yayım Dağıtım

ŞAHİN, Mustafa

“Hizmet Sektöründe Pazarlama Anlayışı” : istanbul.tbd.org.tr/mmdbfiles/TBD/seminer dokumanlari/hizmet_pazarlamasi.ppt

ŞAHİN Ümit, BEKEM Selda

2000 “Hastane İşletmeciliğinde Kalite:Hasta tatmini ve İşgören Tatmini Pragdigması”
Ankara: I.Ulusal Sağlık İdaresi Kongresi

ŞEKERKAYA ,Ahmet K.

2000 “Bankacılık Hizmetlerinde Algılanan Toplam Kalite Ölçümü”
Ankara: SPK yayınları

ŞENCAN Hüner:

1995 “İşletmeciler ve İktisatçılar İçin Rapor Yazımı”, İsatanbul:1

ÖZDAMAR,Kazım

1999 Paket Programaları ile İstatistiksel Veri Analizi-1
Eskişehir:Kaan Kitapevi

ÖZGEN ,Hüseyin

“Çağdaş Hastane Yönetim Anlayışı ve Türkiye’deki uygulamalar”: <http://www.merih.net/m1/hastane2.htm>

ÖZSARI, Haluk

“Sağlık Reformu Süresinde Hastanecilik Hizmetlerinin Yeri,Hastane Hospital News”:
<http://www.hastanedergisi.com/sayi12/busayida14.asp>

ÖZTEK ,Zafer

2001 Yeni Türkiye Dergisi “Sağlıkta Kavramlar”(Ankara::Sayı:39)

ÖZTÜRK ,A.Sevgi

1998 Hizmet Pazarlaması, İstanbul: Anadolu Üniversitesi

UYGUÇ,Nermin

1998 Hizmet Sektöründe Kalite Yönetimi, İzmir:Dokuz Eylül Yayınları

UZ , M.Hulki

“Hastanelerde Kalite Yönetimi”:

www.merih.net/m1/whulkuz24.htm - 50k.2006

UZ , M.Hulki

“Sağlık Ekonomisi ve Hastanelerdeki Uygulamaları”:

<http://www.merih.net/m1/whulkuz25.htm>.2006

ÜNER,Mithat

Pazarlama Dünyası,Ocak,Şubat ,1994

YILMAZ Cengiz, YILMAZ İlham

1999 “Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yaklaşımı”,
Ankara: Haberal Eğitim Vakfo

Hastanede bulunan bir hasta olarak; mükemmel hizmet sağlayan bir hastaneyi ve nasıl bir hastanede tedavi görmek istediğinizi düşünün. Ve aşağıda belirtilen her özelliğin kafanızda oluşturduğunuz bu **farazi hastanede** hangi seviyede olması gerektiğini **gerçekçi olarak** düşünün. Bir özelliğin mükemmel bir hastane için çok da şart olmadığı kanaatinde isenin 1' i yuvarlak içine alın. Eğer bu özelliğin kesinlikle gerekli olduğu kanaatinde iseniz 5'i yuvarlak içine alın. duygularınız daha az şiddette ise şiddetine göre ortadaki rakamlardan birisini işaretleyin.

Bu ankette doğru veya yanlış cevap yoktur. Bütün öğrenmek istediğimiz mükemmel hizmeti verecek hastane ile ilgili duygularınızı en iyi yansıtacak rakamlardır.

Zaman ayırdığınız için teşekkür ederiz.

Bu özelliğin mükemmel bir hastanede bulunması gerektiğini

	HIÇ DÜŞÜNÜYÖRUM				KESİNLİKLE DÜŞÜNÜYÖRUM
	1	2	3	4	5
S-1. Mükemmel bir hastanede modern görünümlü malzeme bulunur.	1	2	3	4	5
S-2. Mükemmel bir hastanelerdeki fiziki tesislerin görsel cazibesi olur.	1	2	3	4	5
S-3. Mükemmel bir hastanelerdeki personel görünüş olarak şıktırlar.	1	2	3	4	5
S-4. Mükemmel bir hastanelerdeki hizmetle alakalı malzeme güzel görünüştedir.	1	2	3	4	5
S-5. Mükemmel hastane bir işi ne zaman yapacağını taahüt ediyorsa bu işi o zamanda gerçekleştirir.	1	2	3	4	5
S-6. Bir hastanın problemi olduğunda mükemmel bir hastane problemi çözmek için samimi bir ilgi gösterir.	1	2	3	4	5
S-7. Mükemmel hastane işleri ilk seferinde ve doğru olarak yapar.	1	2	3	4	5
S-8. Mükemmel hastane, hizmetlerini söz verdikleri zamanda gerçekleştirir.	1	2	3	4	5
S-9. Mükemmel hastane, kayıtlarının hatasız tutulmasında titizdir.	1	2	3	4	5
S-10. Mükemmel bir hastanedeki personel hastalara hizmetin tam olarak ne zaman verileceğini bildirir.	1	2	3	4	5
S-11. Mükemmel bir hastanedeki personel hastalara hizmeti mümkün olan en kısa sürede ve kusursuz olarak verir.	1	2	3	4	5
S-12. Mükemmel bir hastanedeki personel her zaman hastalara yardım etmek için istekli olurlar.	1	2	3	4	5

- S-13 Mükemmel bir hastanedeki personel asla hastaların isteklerine cevap veremeyecek kadar meşgul olmazlar.
1 2 3 4 5
- S-14 Mükemmel bir hastanedeki personelin davranışları hastalara güven aşılar.
1 2 3 4 5
- S-15 Mükemmel bir hastanedeki hastalar hastane ile ilgili daima güven duygusu içindedirler.
1 2 3 4 5
- S-16 Mükemmel bir hastanedeki personel hastalara karşı daima nezaket içinde bulunur.
1 2 3 4 5
- S-17 Mükemmel bir hastanedeki personel hastaların sorularına cevap verebilecek yeterli bilgi seviyesine sahiptirler.
1 2 3 4 5
- S-18 Mükemmel bir hastanedeki hastalara her tek ilgi gösterir.
1 2 3 4 5
- S-19 Mükemmel bir hastanenin çalışma saatleri bütün hastalar için uygun zaman dilimlerinde.
1 2 3 4 5
- S-20 Mükemmel hastaneler her hastasıyla kişisel olarak ilgilenen çalışanları sahiptir.
1 2 3 4 5
- S-21 Mükemmel bir hastane hastaların menfaatlerini her şeyin üstünde tutarlar.
1 2 3 4 5
- S-22 Mükemmel bir hastane hastaların özel isteklerini anlarlar.
1 2 3 4 5

Aşağıda hastane ve bunların hizmetleri ile ilgili olarak 5 özellik sıralanmıştır. Lütfen önem derecelerine göre her özelliği toplam 100 puanı aşmayacak şekilde puanlar tahsis ederek yanlarına yazınız. Bu 5 özelliği verdiğiniz puanların toplamının 100 olduğundan emin olunuz.

PUAN	ÖZELLİK
	1.Hastanenin fiziki tesislerinin, malzemelerinin ve donanımının görünümü
	2.Hastanenin taahhüt edilen hizmeti güvenilir ve doğru bir şekilde sağlayabilme kabiliyeti
	3.Hastanenin hastalara yardım etme ve tam hizmet sağlama konusundaki istekliliği
	4.Hastane personelinin bilgi ve nezaketi ile emniyet ve güven telkin edebilme kabiliyeti
	5.Hastanenin hastalara sağladığı kişisel ilgi ve dikkat

TOPLAM=100 PUAN

(Yukarıdaki özelliğin sıra numarasını yazınız.)

- Yukarıdaki 5 özellikten hangisi sizin için en önemli olandır?
- Hangi özellik sizin için ikinci derecede önemli olandır?
- Hangi özellik sizin için üçüncü derecede önemli olandır?

ANKET-2

Aşağıdaki ifadeler halen bulunduğunuz hastane için sizin duygularınızı ifade edecektir. Her ifade için lütfen hastanenin tanımlanan özelliğe ne derece sahip olduğunu işaretleyiniz. 1'i işaretlemeniz, hastanenin bahsedilen özelliğe sahip olduğu düşüncesine kesinlikle katılmadığınızı; 5'i işaretlemeniz ise tamamen katıldığınız anlamına gelmektedir. Bahsedilen özelliğin bulunduğunuz hastanede bulunduğu farklı derecede kanaat getiriyorsanız derecesine göre ortadaki rakımlardan birisini işaretleyiniz.

Bu ankette doğru veya yanlış cevap yoktur. Sadece tedavi gördüğünüz hastane ile ilgili algılarınızı en iyi yansıtacak sayıyla ilgilenmekteyiz.

	Kesinlikle Katılmıyorum				Tamamen Katılıyorum			
	1	2	3	4	5			
S-1. Bu hastane modern görünümlü malzemeye sahiptir.	1	2	3	4	5			
S-2. Bu hastanedeki fiziki tesislerin görsel cazibesi vardır.	1	2	3	4	5			
S-3. Bu hastanedeki personel görünüş olarak şıktırlar.	1	2	3	4	5			
S-4. Bu hastanedeki hizmetle alakalı malzeme güzel görünüştedir.	1	2	3	4	5			
S-5. Bu hastane bir işi ne zaman yapacağını taahüt ediyorsa bu işi o zamanda gerçekleştirir.	1	2	3	4	5			
S-6. Bir hastanın problemi olduğunda bu hastane problemi çözmek için samimi bir ilgi gösterir.	1	2	3	4	5			
S-7. Bu hastane işleri ilk seferinde ve doğru olarak yapar.	1	2	3	4	5			
S-8. Bu hastane, hizmetlerini söz verdikleri zamanda gerçekleştirir.	1	2	3	4	5			
S-9. Bu hastane, kayıtlarının hatasız tutulmasında titizdir.	1	2	3	4	5			
S-10. Bu hastanedeki personel hastalara hizmetin tam olarak ne zaman verileceğini bildirir.	1	2	3	4	5			
S-11. Bu hastanedeki personel hastalara hizmeti mümkün olan en kısa sürede ve kusursuz olarak verir.	1	2	3	4	5			

1 2 3 4 5

S-12 Bu hastanedeki personel her zaman hastalara yardım etmek için istekli olurlar.

1 2 3 4 5

S-13 Bu hastanedeki personel asla hastaların isteklerine cevap veremeyecek kadar meşgul olmazlar.

1 2 3 4 5

S-14 Bu hastanedeki personelin davranışları hastalara güven aşılar.

1 2 3 4 5

S-15 Bu hastanedeki hastalar hastane ile ilgili daima güven duygusu içindedirler.

1 2 3 4 5

S-16 Bu hastanedeki personel hastalara karşı daima nezaket içinde bulunur.

1 2 3 4 5

S-17 Bu hastanedeki personel hastaların sorularına cevap verebilecek yeterli bilgi seviyesine sahiptirler.

1 2 3 4 5

S-18 Bu hastanedeki hastalara tet tek ilgi gösterir.

1 2 3 4 5

S-19 Bu hastanenin çalışma saatleri bütün hastalar için uygun zaman dilimlerindeydir.

1 2 3 4 5

S-20 Bu hastaneler her hastasıyla kişisel olarak ilgilenecek çalışanları sahiptir.

1 2 3 4 5

S-21 Bu hastane hastaların menfaatlerini her şeyin üstünde tutarlar.

1 2 3 4 5

S-22 Bu hastane hastaların özel isteklerini anlarlar.

1 2 3 4 5

Bu anketi tamamlamak için harcadığınız zamandan dolayı **çok teşekkür ederiz**. Sonuçlar size en iyi hizmeti verebilmemizi sağlayacaktır. Lütfen aşağıdaki bilgileri de doldurunuz.

CİNSİYETİ :

TAHSİLİ :

YAŞI :

GÖREVİ :

ÖZET

Günümüzde gelişmiş ülke ekonomilerinde hizmet sektörü, gayri safi milli hasıla ve istihdamda en yüksek payı almaktadır. Ülkelerin gelişmişlik seviyesi artık hizmet sektörünün büyüklüğü ile ölçülmektedir.

Hizmet sektöründe hizmet kalitesi ve müşteri tatmini, rekabette iki önemli kavram olarak karşımıza çıkmaktadır. Hizmetlerin doğası ve müşteri algılamalarının karmaşıklığı nedeniyle hizmetlerin tanımlanması ve ölçülmesi zordur. Bununla birlikte kalitenin geliştirilebilmesi için de ölçülmesi şarttır.

Sağlık işletmeleri de hizmet üreten bir sektör olmasının yanında, ayrıca kendine has özellikler taşımaktadır. Sunulan hizmetin teknik yönünün müşteriler tarafından değerlendirilememesi, bu işletmelerdeki kalite kavramının daha farklı değerlendirilmemesi, bu işletmelerdeki kalite kavramının daha farklı değerlendirilmesine yol açmaktadır. Hastanenin fonksiyonel kalitesinin müşteriler tarafından nasıl algılandığının tespit edilmesi sağlık işletmesi açısından ayrı bir önem taşımaktadır.

Bu çalışmada kalite, hizmet ve hizmet kalitesi incelenmiştir. Ayrıca hizmet kalitesini ölçmek amacıyla geliştirilmiş modellere de yer verilmiştir. Bu modeller içerisinde en çok kabul gören ve yaygın olarak kullanılan Servqual metodu çalışmanın uygulama kısmında kullanılmıştır. Hizmet işletmelerinin algılanan hizmet kalitesini ölçmeye yönelik olarak geliştirilen Servqual ölçeği, günümüzde sağlık hizmetlerinin kalite düzeylerini belirlemede kullanıldığı görülmektedir.

Servqual metodu hizmet sektörü içinde önemli bir yeri olan sağlık sektöründe uygulanmıştır. Bu şekilde bir ölçüm metodu kullanarak müşteri beklentileri ve bu beklentilerin nasıl karşılanabileceği konusunda yardımcı olmak amaçlanmıştır.

ABSTRACT

Today, service sector constitutes the greatest portion of the Gross National Domestic Product and employment in the economy of the developed countries. Development level of a country is begun to be measured by determining the greatness of its service sector.

Service quality and gratification of customers appear as two important concepts in the competition. In the production sector, studies concerned with quality is reached considerable amount. However, description and measurement of services is difficult because of their nature and because of the customer perceptions. On the hand, these measurements must be made in order to improve the quality.

Health institutions have their unique properties in addition to being an area producing service. Evaluation of the technical aspect of the service by the customers causes a different assessment of the quality concept in these institutions. It's really crucial for a health institution how customers perceive the functional quality of the hospital.

In this study, quality, service and service quality is investigated. Furthermore, models developed to measure service quality are included. Among these models, the most commonly accepted and applied one, Servqual Method is used in the application part of the study. It's seen that the Servqual measurement which has been developed to assess the perceived service quality of service institutions is nowadays used in determining the quality level of the health care.

Servqual Method is applied to health sector which has an important place in the service sector. By using such a measurement method, it is aimed to help our health institutions in the case of customer expectations can be satisfied.