

**T.C.  
CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ  
İŞLETME ANA BİLİM DALI**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**SAĞLIK BAKANLIĞI HİZMET KALİTE STANDARTLARI  
UYGULAMALARININ HASTALAR TARAFINDAN ALGILANMASI  
VE BİR ÖRNEK**

**Ali Harun KILÇAR**

**TEZ DANIŞMANI**

**Yrd. Doç. Dr. Gülşen GERŞİL**

**MANİSA**

**2013**

**T.C.  
CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ  
İŞLETME ANA BİLİM DALI**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**SAĞLIK BAKANLIĞI HİZMET KALİTE STANDARTLARI  
UYGULAMALARININ HASTALAR TARAFINDAN ALGILANMASI  
VE BİR ÖRNEK**

**Ali Harun KILÇAR**

**TEZ DANIŞMANI  
Yrd. Doç. Dr. Gülşen GERŞİL**

**MANİSA  
2013**

## ÖZET

Kamu ve özel sağlık kuruluşlarının birbirleriyle rekabet edebilmelerinin en önemli koşullarından biri, sundukları hizmetlerin kalitesidir. Bu nedenle sunulan hizmetin kalitesi sürekli ölçülmeli, değerlendirilmeli ve eksiklikler giderilerek sürekli iyileştirmeler sağlanmalıdır.

T.C. Sağlık Bakanlığı, özel ve kamu sağlık kuruluşlarında uygulanacak hizmet kalite standartlarını belirlemiş ve mevzuatlarla uygulanmasını zorunlu hale getirmiştir. Bu şartların yerine getirilip getirilmediği ve/veya ne ölçüde yerine getirildiği Sağlık Bakanlığınca periyodik olarak kontrol edilerek değerlendirilmektedir.

Sağlık kurum ve kuruluşlarında sunulan hizmetin kalitesinin yanında, bu organizasyonlardan hizmet alanların hizmet kalitesi hakkında beklentilerinin ne olduğunun ve ne ölçüde karşılandığının bilinmesi son derecede önem taşımaktadır. Bir organizasyonun müşterilerin beklentilerini bilmemesi veya yanlış değerlendirmesi; bu organizasyonun para, zaman, insan kaynakları ve diğer kıt kaynakların boşa harcanmasına neden olabilir.

Sağlık işletmelerinden hizmet alan hastaların hizmetin teknik kalitesini değerlendirebilecek yeterli bilgiye sahip olmamaları, hasta bakış açısı ile kalitenin önemini artırmaktadır. Hizmet konusunun insan sağlığı olması nedeniyle, sağlık sektöründe sunulan hizmetin kalitesi, en az kullanılan tıbbi ve sıhhi sarf malzemelerinin, tanı ve tedavi araçlarının kalitesi kadar önemlidir. Sağlık işletmesi yöneticileri, sağlık hizmeti alanların hizmet kalitesi olarak beklentilerini doğru olarak tespit edebildiklerinde, sundukları hizmeti bu beklentilere uygun olarak şekillendirebilecektir. Bu da onların performanslarına ciddi katkılarda bulunacaktır.

Sağlık işletmelerinin hizmet kalitesi çalışmalarında SERVQUAL Modeli, oldukça yaygın bir kullanım alanına sahiptir. Bu çalışmada SERVQUAL Modelinin uygulaması için sağlık hizmet sektörünün ayrıcalıklı bir bölümü olan ağız ve diş sağlığı merkezleri seçilmiş ve model, bir kamu ağız ve diş sağlığı merkezinde uygulanmıştır.

Çalışmanın sonunda çeşitli istatistiksel analizler sonucu elde edilen bulgulara göre anlamlılık ve tutarlılıklar açısından değerlendirilmeler yapılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Hizmet, kalite, hizmet kalitesi, sağlık işletmeleri, SERVQUAL

## ABSTRACT

One of the most important necessities for public and private institutions of health care to stay competitive with each other is the quality of service they offer. For this reason, in order to provide a continuous improvement, quality of service must be measured, assessed and non-conformances must be eliminated.

Republic of Turkey Ministry of Health determined the service quality standards and obligated the applications by passing into law. Whether they meet the case or not, if they met, the accuracy is inspected and evaluated periodically by Ministry of Health.

Knowing the expectations of customers' about service and which expectations are met are extremely important as well as the served quality of service at health care institutions and foundations. Misunderstanding or not knowing the expectations of customers' may cause loss of money, time, human resources and any other limited sources.

Lack of knowledge of patients to judge technical quality of service increases the importance of quality and the point of view of patients'. Since the subject matter is human health, the quality of service taken from health care institutions is as important as the medical and hygienic equipments', diagnostic and treating means. When the directors of health care institutions could determine the expectations of customers correctly, they could shape the service as wished. And that would improve their performances.

SERVQUAL Model is applied in a pretty widespread field of usage in studies of service quality. In this study, oral and dental health care, which are privileged branches of health care services, are chosen and the model was applied at a public oral and dental health care institution. At the end of the research, sensible and consistent considerations are done in order to results of statistical analysis.

**Key Words:** Service, quality, service quality, hospital organizations, SERVQUAL

Yüksek Lisans tezi olarak sunduğum “Sağlık Bakanlığı Hizmet Kalite Standartları Uygulamalarının Hastalar Tarafından Algılanması ve Bir Örnek” adlı çalışmanın, tarafımdan bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin bibliyografyada gösterilen eserlerden olduğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanmış olduğumu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

Tarih

...../...../2013

Ali Harun KILÇAR

## TEZ SAVUNMA SINAV TUTANAĞI

Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü 31.05.2013 tarih ve 11/11 sayılı toplantısında oluşturulan jürimiz tarafından Lisans Üstü öğretim Yönetmeliği'nin 24. Maddesi gereğince Enstitümüz İşletme Anabilim Dalı Muhasebe ve Finansman Yönetim ve Organizasyon Yüksek Lisans Programı öğrencisi Ali Harun KILÇAR'ın "Sağlık Bakanlığı Hizmet Kalite Standartları Uygulamalarının Hastalar Tarafından Algılanması ve Bir Örnek" Konulu tezi incelenmiş ve aday 17.06.2013 tarihinde saat 10:00'da jüri önünde tez savunmasına alınmıştır.

Adayın kişisel çalışmaya dayanan tezini savunmasından sonra...<sup>90</sup> dakikalık süre içinde gerek tez konusu, gerekse tezin dayanağı olan anabilim dallarından jüri üyelerine sorulan sorulara verdiği cevaplar değerlendirilerek tezin,

BAŞARILI olduğuna



OY BİRLİĞİ



DÜZELTME yapılmasına

\*



OY ÇOKLUĞU



RED edilmesine

\*\*



ile karar verilmiştir.

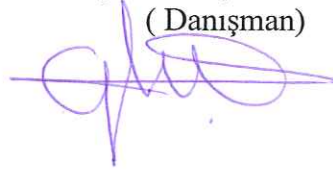
\* Bu halde adaya 3 ay süre verilir.

\*\* Bu halde adayın kaydı silinir.



ÜYE  
Doç.Dr. Özlem ÇAKIR

BAŞKAN  
Yrd.Doç.Dr. Gülşen GERŞİL  
(Danışman)



ÜYE  
Yrd.Doç.Dr. Asena ALTIN GÜLOVA

\*\*\* Tez, burs, ödül veya Teşvik prog. (Tüba, Fullbright vb.) aday olabilir



Tez, mutlaka basılmalıdır



Tez, mevcut haliyle basılmalıdır



Tez, gözden geçirildikten sonra basılmalıdır.



Tez, basımı gereksizdir.



## ÖNSÖZ

Bütün dünyada olduğu gibi ülkemizde de gelişen iletişim araçları sayesinde insanların bilgiye ulaşması ve bu doğrultuda beklentilerinin değişmesi kaçınılmazdır. İnsan yaşamının en önemli unsuru olan sağlıkta ve dolayısıyla ağız ve diş sağlığı hizmet alımında beklentiler değişmekte ve yükselmektedir. Bu nedenle Sağlık Bakanlığı, insan temel haklarından olan sağlıkta, beklentileri karşılamak üzere kamu ve özel tüm sağlık tesislerine yönelik Hizmet Kalite Standartlarını tespit etmiş ve uygulanmasını mevzuatlarla şart koşmuştur. Bu bağlamda özel ve kamu hastanelerinde hasta odaklı bir yaklaşımla Hizmet Kalite Standartları Yönetim Sistemi oluşturulmuştur.

İstisnasız tüm insanların ihtiyaç duyduğu ağız ve diş sağlığı hizmet sunumunda bu standartların uygulanmasının hastalar tarafından nasıl algılandığı büyük önem arz etmektedir. Bu çalışma ile Sosyal Güvenlik Kurumuna bağlı olan veya olmayan tüm hastaların ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin karşılandığı Sağlık Bakanlığı'na bağlı Alsancak Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi örnek olarak seçilmiş olup, hastaların ağız ve diş sağlığı hizmet kalitesi yargıları ölçülmeye çalışılmıştır.

Hizmet işletmelerinde algılanan hizmet kalitesinin ölçülmesine yönelik geliştirilen, araştırmacılar tarafından sıklıkla kullanılan ve geçerliliği kanıtlanmış olan SERVQUAL Modeli, bu çalışmada tercih edilmiştir.

Öncelikle, tez çalışmamın başından sonuna kadar yardımlarını esirgemeyen, yönlendirme ve katkılarıyla sağladığı bilimsel destek için tez danışmanım Yrd. Doç. Dr. Gülşen GERŞİL;

Tezimin araştırma bölümünde yardımlarını esirgemeyen Alsancak Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi yönetimine, başta Hem. Nergiz ÇAKIR olmak üzere Kalite Yönetim Birimi'nin tüm çalışanlarına;

Bu çalışmanın her aşamasında maddi ve manevi desteklerini hissettiren aileme ve arkadaşlarıma sonsuz şükran ve teşekkürlerimi sunarım.



## İÇİNDEKİLER

ÖZET .....	I
ABSTRACT .....	III
ÖNSÖZ .....	VI
İÇİNDEKİLER .....	VII
KISALTMALAR .....	X
TABLOLAR .....	XI
ŞEKİLLER .....	XII
GRAFİKLER .....	XIII
GİRİŞ .....	1

### BİRİNCİ BÖLÜM

#### AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI HİZMETİ VE HİZMET KALİTESİ KAVRAMLARI

1.1. HİZMET KAVRAMI .....	3
1.1.1. Hizmet Kavramı ve Özellikleri .....	3
1.1.2. Hizmet ve Mal Arasındaki Farklar .....	9
1.1.3. Hizmet ve Algı İlişkisi .....	12
1.2. AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI HİZMETİ .....	12
1.2.1. Sağlık Hizmetlerinin Tanımı, Önemi ve Özellikleri .....	13
1.2.2. Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetinin Tanımı .....	16
1.2.3. Kamu ve Özel Sektörde Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti .....	18
1.3. KALİTE KAVRAMI .....	19
1.3.1. Kalitenin Tanımı .....	19
1.3.2. Kalitenin Tarihsel Gelişimi .....	21
1.3.3. Kalite İle İlgili Terimler .....	23
1.4. HİZMET KALİTESİ .....	26
1.4.1. Hizmet Kalitesinin Boyutları .....	26
1.4.2. Beklenen Hizmet Kalitesi .....	28
1.4.3. Algılanan Hizmet Kalitesi .....	29

**İKİNCİ BÖLÜM**  
**SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE VE AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI**  
**MERKEZLERİNDE HİZMET KALİTE STANDARTLARI UYGULAMALARI**

<b>2.1. SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE</b> .....	<b>30</b>
2.1.1. Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Tanımı .....	31
2.1.2. Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Tarihçesi .....	32
2.1.3. Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Özellikleri .....	35
<b>2.2. AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI MERKEZLERİNDE HİZMET KALİTE</b> <b>STANDARTLARI UYGULAMALARI</b> .....	<b>38</b>
2.2.1. Boyutlandırma Yapısının Geliştirilmesi .....	40
2.2.2. Standartların Hazırlanması .....	40
2.2.3. Standartların Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması .....	41
2.2.4. Kodlama Sisteminin Geliştirilmesi .....	41
2.2.5. Puanlama Sisteminin Geliştirilmesi .....	43
2.2.6. Tanımlar Dizininin Oluşturulması .....	48
2.2.7. Bilgilendirme Tablolarının Oluşturulması .....	48

**ÜÇÜNCÜ BÖLÜM**  
**AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI MERKEZLERİNDE HİZMET KALİTESİNİN**  
**ÖLÇÜLMESİNE YÖNELİK BİR ARAŞTIRMA**

<b>3.1. ALSANCAK AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI MERKEZİ</b> .....	<b>49</b>
<b>3.2. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ</b> .....	<b>51</b>
<b>3.3. ARAŞTIRMANIN AMACI VE KAPSAMI</b> .....	<b>52</b>
<b>3.4. EVREN VE ÖRNEKLEM</b> .....	<b>53</b>
<b>3.5. ARAŞTIRMANIN METODOLOJİSİ</b> .....	<b>53</b>
3.5.1. Araştırmanın Değişkenleri .....	53
3.5.2. Araştırmanın Kısıtları .....	54
3.5.3. Hipotezler .....	54
<b>3.6. VERİLERİN ANALİZİ</b> .....	<b>58</b>
3.6.1. Güvenilirlik Analizleri .....	59

3.6.2. Betimsel İstatistikler .....	61
3.6.3. SERVQUAL Puanlarının Hesaplanması .....	63
3.6.4. Hipotez Testleri .....	66
<b>SONUÇ VE DEĞERLENDİRME .....</b>	<b>75</b>
<b>KAYNAKÇA .....</b>	<b>81</b>
<b>EKLER .....</b>	<b>91</b>

## KISALTMALAR

<b>ABD</b>	:	Amerika Birleşik Devletleri
<b>ADSM</b>	:	Alsancak Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi
<b>AMA</b>	:	American Medical Association
<b>ASQC</b>	:	American Society for Quality Control
<b>EOQC</b>	:	European Organization for Quality Control
<b>HKS</b>	:	Hizmet Kalite Standartları
<b>JCAHO</b>	:	Joint Commision on Accreditation of Hospital Organization
<b>SGK</b>	:	Sosyal Güvenlik Kurumu
<b>SKİ</b>	:	Sürekli Kalite İyileştirme
<b>SPSS</b>	:	Statistical Package for the Social Sciences
<b>TKY</b>	:	Toplam Kalite Yönetimi
<b>TÜİK</b>	:	Türkiye İstatistik Kurumu
<b>WHO</b>	:	World Health Organization

## TABLULAR

Tablo 1: Hizmetin Tarihsel Tanımları .....	4
Tablo 2: Hizmet ve Mal Arasındaki Farklar .....	11
Tablo 3: HKS'nin Dikey Boyutlarını Oluşturan Bölümler .....	43
Tablo 4: HKS Puanlama Sistemi .....	45
Tablo 5: HKS Standart Sayıları Dağılım Tablosu .....	46
Tablo 6: HKS Puansal Dağılım Tablosu .....	47
Tablo 7: Alsancak ADSM Aktif Çalışan Sayısı Tablosu .....	50
Tablo 8: Alsancak ADSM Cihaz Sayısı Tablosu .....	50
Tablo 9: Alsancak ADSM Üretim Verileri Tablosu .....	51
Tablo 10: Algılanan Hizmet Kalitesi Ölçeği Güvenilirlik Katsayıları .....	60
Tablo 11: Beklenen Hizmet Kalitesi Ölçeği Güvenilirlik Katsayıları .....	60
Tablo 12: Araştırmaya Katılan Hastaların Demografik Özelliklerinin Dağılımı .....	61
Tablo 13: Ortalama SERVQUAL Puanları .....	64
Tablo 14: Kalite Boyutlarının Önem Derecelerine Göre Ağırlıklandırılması .....	65
Tablo 15: Ağırlıklandırılmış SERVQUAL Puanı .....	65
Tablo 16: Yaşa Göre SERVQUAL Ortalama Puanları .....	68
Tablo 17: Eğitim Durumuna Göre SERVQUAL Puanları .....	69
Tablo 18: Gelir Durumuna Göre SERVQUAL Puanları .....	71
Tablo 19: Sosyal Güvenlik Durumuna Göre SERVQUAL Puanları .....	72
Tablo 20: Hipotez Test Sonuçları .....	74

## ŞEKİLLER

Şekil 1: Hizmetin Beş Genel Özelliği .....	9
Şekil 2: Gronroos' un Hizmet Kalitesi Modeli .....	29

## GRAFİKLER

Grafik 1: Aktif Çalışan Diş Hekimlerinin Kurumlara Göre Sayısal Dağılımı .....	18
Grafik 2: Araştırmaya Katılanların Cinsiyet Dağılımı .....	61
Grafik 3: Araştırmaya Katılanların Yaş Aralığı Dağılımı .....	62
Grafik 4: Araştırmaya Katılanların Eğitim Durumu Dağılımı .....	62
Grafik 5: Araştırmaya Katılanların Gelir Durumu Dağılımı .....	63
Grafik 6: Araştırmaya Katılanların Sosyal Güvenlik Kurumu Dağılımı .....	63

## GİRİŞ

Sağlık Bakanlığı'nın uygulamaya koyduğu performansa dayalı ek ödeme sistemi ile özelde olduğu gibi kamu sağlık tesisleri arasında da rekabet ortamı oluşturulmuştur. Bu kurum ve kuruluşlar arasındaki fark, sundukları hizmetin kalitesi ile hastaların sağlık hizmet kalitesi anlamında beklentilerinin ne ölçüde karşılandığıdır. Bu nedenle hastaların hizmet kalite standartları uygulamalarını nasıl algıladıkları büyük önem taşımaktadır.

Hizmet kalite standartları yönetim sisteminde uygunsuzlukların giderilmesi ile sürekli iyileştirmeler uygulamanın temelini teşkil ettiği için, öncelikle sunulan hizmetin kalitesinin ölçülmesi gerekmektedir. Ölçme ile hizmet kalitesinin değerlendirilmesi ve dolayısıyla sürekli iyileştirmelerin gerçekleştirilmesi mümkündür.

Tüm sağlık hizmetlerinde olduğu gibi ağız ve diş sağlığı hizmet sunumunda da bilgi ve teknoloji alanında sürekli gelişmeler yaşanmaktadır. Ağız ve diş sağlığı hizmet sunumunda insan odaklı bir yaklaşım söz konusu olup, hastanın tıbbi olarak rahat olması ve estetiksel olarak tüm beklentilerinin karşılanması gerekmektedir. Bu nedenle konulan hizmet kalite standartları yerine getirilmeli, tetkiklerle denetlenmeli ve ölçülmelidir.

Bu çerçevede daha öncede belirtildiği gibi, Sağlık Bakanlığı özel ve kamu sağlık işletmeleri ile ilgili hizmet kalite standartlarını belirlemiş ve uygulanmasını mevzuatlarla zorunlu hale getirmiştir. Bu standartların yerine getirilip getirilmediği ve/veya ne ölçüde yerine getirildiği Sağlık Bakanlığı tetkik elemanlarınca kontrol edilerek değerlendirilmektedir. Ancak, sunulan hizmetin kalitesini en iyi belirleyenler kuşkusuz bu gibi düzenleme ve mevzuatlardan çok, hizmeti satın alan hastalardır.

Bu çalışmada, hizmet kalitesinin ölçülmesi amacıyla Parasuraman, Zeithaml ve Berry tarafından geliştirilmiş olan ve 90'lı yıllardan günümüze kadar yaygın olarak kullanılmakta olan SERVQUAL Modeli esas alınmıştır.



Birinci bölümde hizmet ve özelliklerinden başlayarak, ağız ve diş sağlığı hizmeti ile kalite ve hizmet kalitesi kavramlarıyla ilgili genel bilgi verilmiştir. İkinci bölümde sağlık hizmetlerinde kalite ve ağız ve diş sağlığı merkezlerindeki hizmet kalite standartları uygulamaları açıklanmaktadır. Çalışmanın üçüncü bölümde ise tezin araştırma kısmı yer almaktadır. Araştırma alanı olarak seçilen Alsancak Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi hakkında istatistikî bilgiler verilmiş, merkezde ayaktan tedavi gören hastaların beledikleri ve algıladıkları hizmet kalitesi algılarının ölçümleri yapılmış ve analiz edilecek veriler anket yoluyla toplanmıştır. Son olarak, Alsancak Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi'ne ait elde edilen bulgular değerlendirilmiştir.

## **BİRİNCİ BÖLÜM**

### **AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI HİZMETİ VE HİZMET KALİTESİ KAVRAMLARI**

#### **1.1. HİZMET KAVRAMI**

Hizmet kavramı, yaşamımızın her aşamasında değişik biçimlerde karşımıza çıkmaktadır. İnsanların birlikte yaşamalarının doğal bir sonucu olan hizmet kavramının sistematik bir biçimde ve teknik boyutuyla ele alınışı 1700'li yıllara rastlar. O günden bu yana zenginleşen hizmet kavramı günümüzde iki farklı boyutta ele alınmaktadır. Bunlardan birincisi, işletmelerin temel faaliyet alanları kapsamında ürettikleri çekirdek üründür. Bu bağlamda hizmet, elle tutulamayan, koklanamayan, kolay heba olabilen, kalite açısından standart hale getirilemeyen soyut unsurlar biçiminde açıklanabilir. İkinci olarak ta anlaşılması gereken, işletmeler tarafından tüketicilere sunulan mallara yönelik destek hizmetlerdir (Karatepe, 1997:88)

Hizmet sektörünün gelişmesi, özellikle İkinci Dünya Savaşı'ndan 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 ( Karafakioğlu, 1998: 111).

Diğer yandan, hizmet sektörünün ülke ekonomileri içinde büyümesi ve gelişmesi, hizmet üretimi ile ilgili sorunların güncellik kazanmasına yol açmış, buna bağlı olarak son yıllarda hizmet sektöründe verimliliğin artırılması, hizmet kalitesinin kontrolü, hizmet kalitesi modellerinin geliştirilmesi ve hizmet kalitesinin ölçülmesi gibi konularda yapılan araştırmalar hızla artmıştır ( Devebakan, 2005: 6).

##### **1.1.1. Hizmet Kavramı ve Özellikleri**

Fiziksel mallardan farklı olması nedeniyle hizmetlerin tanımlanması daha zordur. Hizmetler çok geniş alana yayıldığından ve çok çeşitli heterojen etkinlikleri

kapsadığından oldukça karmaşık hale gelmekte ve tanımlanmasını da bir o kadar güçleştirmektedir. Bazı araştırmacılar genel kabul görmüş bir hizmet tanımının bulunmadığını, diğer bir kısım ise böyle tanımın geliştirilemeyeceğini öne sürmektedir. Günümüzde sözü edilen güçlükler rağmen hizmet kavramının birçok yazar tarafından tanımlandığı görülmektedir. ( Devebakan, 2005: 7).

İlk iktisatçılar hizmete çok fazla dikkat çekmemişlerdir. Hizmetin üretkenlik sağlamadığı ve herhangi bir ekonomik değer yaratmadığını düşünmüşlerdir. 18. yüzyılda Adam Smith'in hizmetler için somut olmayan üretim düşüncesi o dönemin hakim düşüncesi olarak karşımıza çıkmaktadır. 19. yüzyılda ise Alfred Marshall'ın soyut hizmetler olmazsa somut hizmetlerin hiç olmayacağı değerlendirmesiyle hizmetlerin ekonomi içindeki önemi anlaşılmaya başlanmıştır (Öztürk, 2006: 23). Bu bağlamda, Marshall'a göre tarımsal ürün dağıtıcısı yani pazarlama, ürünlere bir değer katar, aşırı üretimin olduğu alanlarda taşıma ve dağıtım yapılmayan tarımsal üretim bir değer ifade etmeyecektir (Palmer, 1997: 1).

Tablo 1' de hizmetlerin tarihsel süreç içindeki tanımları verilmiştir.

**Tablo 1: Hizmetin Tarihsel Tanımları**

Fizyokratlar ( - 1750 )	Tarımsal üretim dışındaki tüm faaliyetler
Adam Smith ( 1723 – 1790 )	Somut (dokunulabilir) bir ürünle sonuçlanmayan tüm faaliyetler
J. Baptista Say ( 1767 – 1832 )	Ürünler fayda ekleyen tüm imalat dışı faaliyetler
Alfred Marshall ( 1842 – 1924 )	Yaratıldığı anda varlık bulan mallar
BATI ÜLKELERİ ( 1925 – 1960 )	Bir malın biçiminde değişikliğe yol açmayan hizmetler
Çağdaş Tanım	Bir malın biçiminde değişikliğe yol açmayan tüm faaliyetler

Kaynak: Öztürk, 2006: 24

Hizmetin değişik yazarlar tarafından yapılan bazı tanımları şöyledir:

Cowell'in belirttiğine göre; Amerikan Pazarlama Birliği'ne göre hizmet, satış amacıyla sunulan veya ürünlerin satışı ile bağlantılı olarak ortaya konulan eylemler, faydalar veya tahminlerdir. Bu tanım uzun yıllar genel kabul görmesine rağmen mal ve

hizmetler arasında belirgin bir ayırım yapmamasından ötürü etkisiz hale gelmiştir. Bu eksikliği gideren bir tanıma göre ise hizmet, ayrı ayrı teşhis edilebilen, istekleri tahmin eden ve gerçekte fiziksel olarak dokunulması mümkün olmayan (soyut) faaliyetlerdir (Özatkan, 2008: 3).

Bir başka tanıma göre; hizmet, insan ve makineler tarafından insan gayretiyle üretilen ve tüketicilere doğrudan fayda sağlayan ve fiziksel olmayan ürünlerdir (Karahan, 2006: 21).

Hizmetler tipik olarak tüketici birimlerin koşullarındaki değişimlerden oluşan ve sipariş üzerine üretilen, müşterilerin talepleri sonucunda üreticilerin faaliyetleriyle gerçekleştirilen heterojen çıktılardır (Türkiye İstatistik Kurumu, 2008).

Kuriloff, Hemphill ve Cloud'un belirttiğine göre; hizmet, tüketici ihtiyaçlarının tatmin edilmesi amacıyla meydana getirilen maddi niteliği olmayan bir üründür (Özatkan, 2008: 4).

Hizmetler, zaman, yer, biçim ve psikoloji bakımından fayda sağlayan ekonomik faaliyetlerdir (Parasuraman, Zeithaml, Berry, 1985: 41).

Hizmet “bir kişi veya kuruluşun bir diğer kişi veya kuruluşa sunduğu elle tutulamaz bir faaliyet veya yarar” olarak tanımlanmaktadır (Karafakioğlu, 1998: 100).

Hizmetler, soyut olma özelliğine sahip ve alındığında herhangi bir soyut mala sahip olmakla sonuçlanmayan, satış için sunulan faaliyetler ve faydalardan meydana gelen ürün çeşididir (Kotler ve Armstrong, 2011: 291).

Hizmet; üretimi ve satışı fiziki bir ürüne bağlı olmayan, bir ihtiyacı gidermek için yararlanılan, mülkiyeti sürekli üreticide kalan ve belirli bir fiyatla satışa sunulan soyut eylemler, yararlar ve tatminler olarak ifade edilebilir (Karabulut ve Yaprak: 2000: 118).

Goetsch ve Davis'in belirttiğine göre; hizmet, başka biri için iş icra etmektir (Yılmaz, Filiz ve Yaprak, 2007: 301).

Amerikan Pazarlama Birliği'nin hizmetlere ilişkin yeni konsept tanımı çok genel anlamda hizmetlerin soyut mallar olduğu tanımlamasıdır. "Mal üretimi" gibi "hizmet üretimi" kavramı da literatürde yerini almıştır. İktisat biliminde üretim, "fayda veya fayda sağlayan tüm faaliyetler" olarak tanımlandığı için, ortada elle tutulabilen (somut) bir ürün olmasa da bankacılık, turizm, danışmanlık, avukatlık gibi hizmetler de birer üretim olarak değerlendirilmektedir (Ayanoğlu, 2006: 5-6).

Tüm bu tanımlar incelendiğinde, insan (müşteri) ve fiziksel olmama (soyutluk) hizmet kavramı için ortak noktalaradır.

Amerikan Pazarlama Birliği hizmeti 10 kategoride sınıflamaktadır. Bunlar (Öztürk, 2006: 2) :

- a. Sağlık hizmetleri,
- b. Finansal hizmetler,
- c. Profesyonel hizmetler(avukatlık, muhasebecilik, mimarlık gibi),
- d. Konaklama, seyahat ve turizm hizmetleri,
- e. Spor, sanat ve eğlendirme hizmetleri,
- f. Kamusal, yarı kamusal, kâr amacı gütmeyen hizmetler,
- g. Fiziksel dağıtım ve kiralama hizmetleri,
- h. Telekomünikasyon hizmetleri,
- i. Kişisel bakım ve onarım hizmetleridir.

Bir ürün, fiziki bir mal veya hizmet ya da bunların her ikisinin karması olabilir. Ürünü ihtiyaçları tatmin bağlamında düşünmek gerekir. Eğer firmanın hedefi ihtiyaçları tatmin etmek ise, hizmet ürünün bir parçası olabilir ya da tek başına ürün olabilir. Bu anlamda toplam pazarlama karmasının bir parçası olarak değerlendirmelidir (Kotler, 2011: 428).

Bir ürünün pazarlanması ile hizmetin pazarlanmasındaki temel prensipler aynı olmakla birlikte hizmetleri ürünlerden farklılaştıran başlıca beş özellik üzerinde durmakta fayda vardır. Bunlar:

Hizmetler dokunulmazdır. (Soyuttur elle tutulamazlar)

Hizmetler dayanıksızdır. (Depolanamazlar)

Hizmetler türdeş değildir. (Standardize edilemezler)

Hizmetler ayrılmazdır. (Eş zamanlı üretilir ve tüketilirler)

Hizmetlerde sahiplik yoktur. (Mucuk, 2001: 287)

### **Fiziksel Olmayışı (Soyutluluk, Dokunulmazlık)**

Mallar ve hizmetler arasındaki en belirgin fark hizmetlerin fiziksel olmayışlarıdır. Çünkü hizmetler, eylemler ya da performanslardır. Parasuraman (1988) ve arkadaşlarına göre hizmet performansları fiziksel varlıklarla desteklense de sunulanın özü performanstır. Müşteriler sadece hizmet performanslarını yaşayabilirler (Yalçın ve Sezer, 1997: 186). Hizmetin bizzat kendileri değil onları temsil eden nesnelere elle tutulabilir. (Akar, 2002: 132). Türkiye Muhasebe Standartları, Stoklara İlişkin Türkiye Muhasebe Standardında da hizmetlere ilişkin stok konusuna yer verilmiştir. Buna göre, hizmet sunan işletmelerde stokların maliyeti hizmetin sunulmasında doğrudan görev alan personelin işçilik ücretleri ve diğer maliyetleri ile bunlarla ilgili olabilecek genel giderleri içerir. (<http://www.tmsk.org.tr>).

### **Hizmetlerin Dayanıksız Olması**

Dayanıksızlık hizmetlerin stoklanamaması, saklanamaması, iade edilememesi ve yeniden satılamaması anlamına gelir. Bir odadaki boş odalar kaybedilmiş kapasite anlamına gelir. Belirli zamanda kullanılmayan bu kapasite daha sonra kullanılmak üzere satılmak için tutulmaz. Bazı hizmetlerde ise talebin düzensiz oluşu hizmetin dayanıksızlığını artırır. Hizmete karşı talep yıl içinde mevsimlere, haftanın günlerine ve hatta gün içerisinde saatlere göre değişiklik gösterebilir. Örneğin otel işletmesinin sezon dışı dönemlerde fiyat indirimine gitmesi ve kapasitelerini kongre, seminer gibi faaliyetlerle etkin kullanmaya çalışmaları uygulanan önlemler arasındadır (Yalçın ve Sezer, 1997: 188). Hizmet işletmelerinde, hizmet üretiminde kullanılmak veya tüketilmek amacıyla edinilen ilk madde ve malzeme, yarı mamul, mamul, ticari mal, yan ürün, artık ve hurda gibi varlıklar stok olarak adlandırılır (Akar ve Özalp, 2000: 132).

### **Hizmetin Çeşitli Olması (Heterojenlik)**

Hizmetler, insan odaklı faaliyetler olduğundan hizmetlerde çeşitlilik söz konusudur. Bu yüzden hizmetlerin aynı standartlıkta olmadığını söyleyebiliriz. Bir restoranda yediğimiz yemekten aldığımız lezzeti başka bir defa yerken alamamamız gayet normaldir. Hem hizmeti sağlayan personel hem de müşterilerin algıları, hizmette çeşitliliğe başka bir deyişle dalgalanmalara sebep olmaktadır. Örneğin bir restoranda size servis yapan personelin güler yüzlü ve sıcak davranması ile aynı personelin soğuk ve somurtkan davranması, algılanan hizmetler arasında farklılıklara neden olacaktır (Yalçın ve Sezer, 1997: 187).

### **Hizmetlerin Ayrılmaz Olması (Üretim-Tüketim Eş Zamanlı)**

Hizmetin üretimi ve tüketimi aynı zamanda gerçekleşmektedir. Malların üretim ve tüketim süreçlerinde izlenen aşamalar zaman ve yer bakımından ayrılabilirler. Hizmet işletmelerinde hizmetin üretimi, satın alınması, kullanılması ve değerlendirilmesi aynı zamanda gerçekleştirilir. Firma ve müşteri, süreç boyunca etkileşim halindedir ve müşteri yalnızca hizmet üretimini görmekle kalmaz aynı zamanda üretim sürecine katılır (Yalçın ve Sezer, 1997: 187-188).

### **Hizmetlerde Sahipliğin Olmaması**

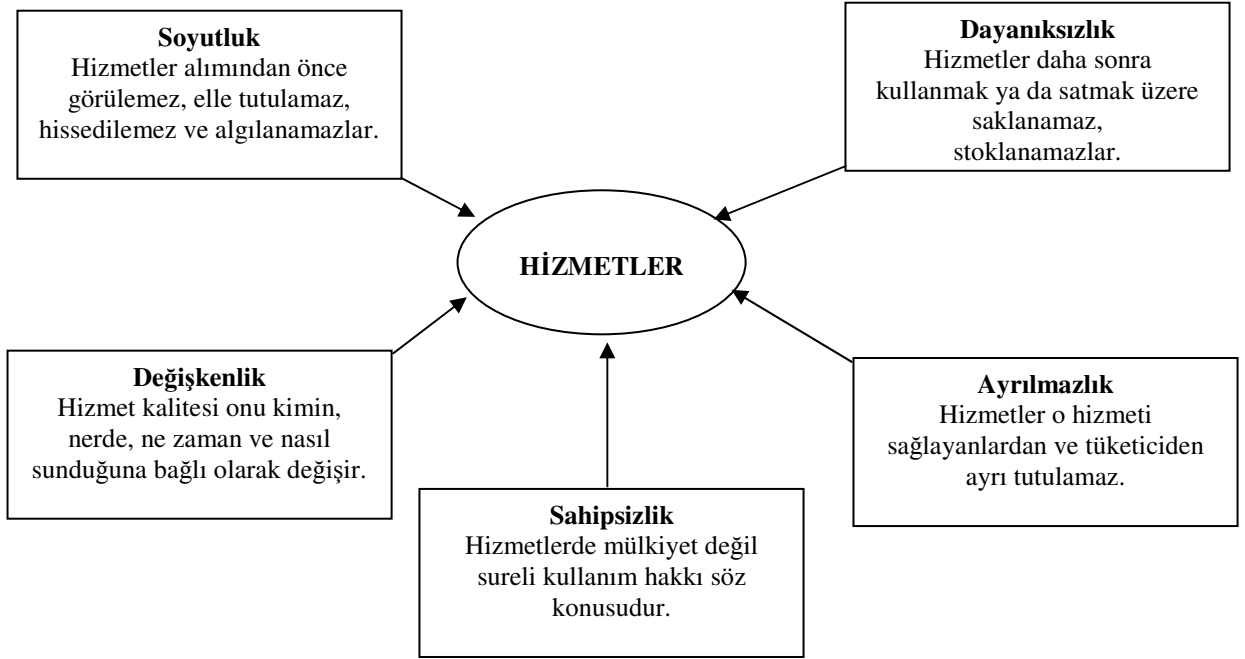
Hizmet ürünlerinde sahipliğin olmaması, hizmetlerin en önemli özelliklerinden biridir. Mülkiyetin değil, belirli bir süre için kullanım hakkının satın alınması söz konusudur. Sahip olunan hizmetin kendisi değil, hizmetten elde edilen faydadır. Tatil için deniz kıyısındaki bir otele giden kişi oteli satın almamakta fakat otelin konaklama, ağırlama hizmetlerinden faydalanmakta aynı zamanda deniz ihtiyacını da gidermiş olmaktadır. Burada kullanıcılar hizmeti satın alırken ve kullanırken hizmet üreticisine bağımlıdır (Mucuk, 2001: 289).

Hizmetin yukarıda belirtilen karakteristik özelliklerine ek olarak aşağıdaki diğer belirleyici özelliklerinden söz edilebilir:

*Patent aracılığıyla korunamazlar:* Hizmetin patenti zordur, dolayısıyla yeni hizmet kavramları rahatça taklit edilebilir.

*Teşhir ve tanıtma imkânı yoktur:* Alıcılara sözlü olarak ifadeleri, örneklerle ifade edebilmeleri kolay değildir.

Gözlü'nün belirttiği gibi hizmet zaman, yer, biçim ve psikolojik yararlar sağlayan ekonomik faaliyet olarak tanımlanmaktadır (Devebakan, 2003: 86).



### Şekil 1: Hizmetin Beş Genel Özelliği

Kaynak: Sibel Afacan, Nefise Bahçecik Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü III. Uluslararası Sağlıkta Performans Ve Kalite Kongresi Poster Bildiriler Kitabı Ankara-2011: 343

#### 1.1.2. Hizmet ve Mal Arasındaki Farklar

Hizmet kavramının daha iyi anlaşılabilmesi için hizmet ve mallar arasındaki farkların ortaya konulmasında yarar vardır.

Gözlü'nün belirttiğine göre; hizmet üretimi ile mamul üretimi arasındaki farklılıklar aşağıdaki gibi sıralanabilir (Özaktan.2008:6):

**a.** Hizmetler daha soyut, mallar daha somuttur. Hizmet üreten şirketler açısından hizmeti tanımlamak, açıklamak zordur. Mallarda mümkün olan imalat kalite özelliklerinin, hizmetler için tanımlaması daha karmaşık yaklaşımlar gerektirir. Müşteri açısından sunulan hizmeti değerlendirmek zordur. Mamul üretimi teknolojileri, hizmet üretimi teknolojilerine göre daha sermaye yoğun niteliklidir.

**b.** Mamul üretiminden elde edilen çıktıların stoklanması mümkünken, hizmet üretiminden elde edilen çıktıların stoklanması mümkün değildir.



**c.** Mamul üretimi sürecine müşterilerin doğrudan katılımı seyrekdir. Buna karşın hizmet üretiminin gerçekleşebilmesi için müşterilerin üretim sürecine doğrudan katılımı çoğunlukla temel koşuldur.

**d.** Mamul üretiminden elde edilen çıktılar sınırlı düzeyde geleneksel nitelik kazanmalarına karşın, hizmet üretiminden elde edilen çıktılar çok yaygın biçimde geleneksel nitelik kazanmaktadırlar.

**e.** Hizmet süreçlerinde müşteriler ile yakın ilişkiler kurulması sonucu gelenekselleşme meydana gelirken, imalat süreçlerinde gelenekselleşme olmamaktadır.

**f.** 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 bir 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’den sonra sunduğu hizmet oldukça farklı olabilir.

**g.** 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 faaliyetinin doğrudan içindedir ve üretilen hizmetin özelliklerini belirler. Mallar üretildikten sonra depolanıp daha sonraki bir zamanda tüketilebilirler. Mallar bir yerden bir yere taşınabilirler. Hizmetler depolanamazlar ve taşınamazlar.

**h.** 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.

**i.** 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.

j. Hizmetler bir dizi alt hizmetlerden oluşurlar. Müşteri hizmeti bütün olarak değerlendirir. Hizmet kalitesi müşterinin toplam hizmet üzerinde 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 (Özatkan, 2008: 7).

**Tablo 2: Hizmet ve Mal Arasındaki Farklar**

<b>Değerlendirme Ölçütü</b>	<b>HİZMET</b>	<b>MAL</b>
<b>İŞLEMLER</b>	İnsan odaklı	Teknik
	Belirsiz, kararsız	Kararlı, kestirilir
	Emek yoğun	Sermaye yoğun
	Müşteri sürecin bir parçası	Müşteri süreçten ayrık
	Sistem müşteriyle doğrudan ilişkili	Sistem müşteriyle dolaylı ilişkili
	Yanıt süresi kısa	Yanıt süresi uzun
<b>ÇIKTILAR</b>	Üretim ve tüketim eş zamanlı	Önce üretilir sonra tüketilir
	Stoklanamaz	Stoklanabilir
	Taşınamaz	Taşınabilir
	Toptan üretilemez	Toptan üretilir
	Fabrikasyon olanaksız	Fabrikasyon olanaklı
	Genellikle patentle korunamaz	Patentle korunur
	Soyut, dayanıksız	Fiziksel, dayanıklı
	Daha az standarttır	Standarttır
	Değişken belirsiz verimlilik	Kararlı verimlilik
	Değişken belirsiz kapasite	Belirlenebilir kapasite
	Ölçümü zor, öznel kalite	Ölçümü kolay, nitel kalite
<b>ÇALIŞANLAR</b>	Kolay denetlenemez	Kolay denetlenir
	İnsanları etkileyebilmek gerekir	Sadece teknik ustalık istenir
	Büyük ölçüde kişisel kararlar	Kişisel kararlar daha sınırlı
	Müşteriyle çok yoğun ilişki	Müşteri ile ilişki az veya hiç yok

Kaynak: Yıldır, 1994: 56

### 1.1.3. Hizmet ve Algı İlişkisi

Hizmetler, müşteri istek ve beklentilerinin karşılanması amacıyla üretilen soyut ürünlerdir. Aynı zamanda hizmeti, zaman, yer, biçim ve psikolojik yararlar sağlayan ekonomik faaliyetler olarak da tanımlamak mümkündür. Bir başka tanıma göre hizmet, müşteri ile hizmeti sunan kişi ya da kurumun karşılıklı olarak birbirleri ile iletişim kurmalarını gerektiren sosyal faaliyetlerdir (Zerenler,Öğüt,2007:502)

Hizmet kalitesi, ürün kalitesine kıyasla soyut ve ölçümlenmesi güç bir nitelik arz ettiği için hizmet kalitesinin belirlenmesinde kimi alt öğeler ya da faktörler dikkate alınmak zorundadır. Bu faktörler arasında; güvenilirlik, hizmet sunmaya hazırlıklılık, liyakat, erişim ve hız, insancıl ilişkiler, inanılabilirlik, güvenlik, müşteriye anlamak ve bilmek, hizmetin somutlaştırılması ve iletişim sayılabilir.

Hizmet kalitesi; müşterinin algıladığı hizmet kalitesi beklentilerinde oluşmakta, hizmet ile aldıkları hizmetin uygulamasıyla ortaya çıkmaktadır. Dolayısıyla müşteri, kullanım öncesinde hizmetle ilgili işletmenin ne sunması gerektiğine ilişkin beklentiler oluşturmaktadır. Bu beklentiler doğrultusunda gerçekleşen hizmet kalitesindeki gelişmelerin, işletmelere daha fazla yeni müşteri kazandırdığı, mevcut müşteriyle iş hacmini ve işletmenin rekabet gücünü artırdığı ve hataların önlenmesi için harcanan emek ve maliyetleri azalttığı görülmektedir. Bu çerçevede hizmet işletmelerinin temel amaçlarından biri hizmet kalitesini geliştirmek olmalıdır (Zerenler ve Öğüt, 2007: 502).

## 1.2. AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI HİZMETİ

Hastalık ve sağlık kavramları kültüre bağlı olmasına rağmen, insan her yerde insandır ve bu nedenle sağlığının bir evrensel tanımı olmalıdır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) sağlığı şöyle tanımlanmaktadır: “Sağlık, yalnızca hasta veya sakat olmamak değil beden, ruhen ve sosyal yönlerden tam bir iyilik halidir” (Akar ve Özalp,2000:190)

Ağız ve diş sağlığı genel sağlığın ayrılmaz bir parçası olmakla beraber hizmet sunumu için gerekli olan eğitim ve cihaz farklılıkları dikkate alındığında, özel bir dal olarak kabul edilmekte ve ayrıntılı bir tanımlamaya ihtiyaç duymaktadır.

### **1.2.1. Sağlık Hizmetlerinin Tanımı, Önemi ve Özellikleri**

Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun "sağlık hizmetlerini, insan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörlerin tesirinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedeni ve ruhi melekeleri azalmış olanların ise alıştırılması için yapılan tıbbi faaliyetler" olarak tanımlamıştır.

Sağlık hizmetleri için genel bir tanım vermek gerekir ise; "sağlığın korunması, hastalıkların tedavisi ve rehabilitasyonu için yapılan çalışmaların tümüne" birden sağlık hizmetleri denir (Akdur, 2000:5).

Sağlık hizmetleri, hastalıkların teşhis, tedavi ve rehabilitasyonu yanında hastalıkların önlenmesi, toplum ve bireyin sağlık düzeyinin geliştirilmesi ile ilgili faaliyetler bütünü olarak ifade edilmektedir (Kavuncubaşı, 2000: 34).

İnsan yaşamının sürdürülmesi, yaşam kalitesinin yükseltilmesi ve korunmasında önemli bir yeri olan sağlık hizmetlerinin düzeyi, ülkelerin gelişmişlik düzeyinin güçlü bir göstergesi olarak kabul edilmektedir. Sağlık hizmetleri, sunumu, finansmanı, tedarik süreçleri ve paydaşları ile ayrı ayrı analiz edilmesi gereken çok boyutlu ve kapsamlı hizmetlerdendir (Asunakutlu, 2007: 403).

Sağlık hizmetleri klasik olarak koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici hizmetler olarak üçe ayrılmaktadır. Bu hizmetler aşağıdaki biçimde sınıflanır (Hayran ve Sur,1997:17)

#### **a) Koruyucu Sağlık Hizmetleri:**

Sağlığın korunması, hastalıkların önlenmesi için verilen hizmetler ile yapılan düzenlemeler bu gruba girer. Sağlığı koruyucu önlemler başlıca üç düzeyde ele alınmaktadır.

- Primer Koruma: Kişisel ya da toplumsal düzeyde sağlığı geliştirmek amacıyla, aşılama, dengeli beslenme, çevrenin güvenli hale getirilmesi, fiziksel ve duygusal yönden iyi durumda olmak için gereken önlemlerin alınması.
- Sekonder Koruma: Sağlığın bozulma olasılığı karşısında erken tanı ve tedavi önlemlerinin kişisel ve toplumsal düzeyde alınması.
- Tersiyer Koruma: Hastalığa bağlı olarak gelişebilecek sakatlık ve kalıcı bozuklukların en aza indirgenmesi, hastanın yeni duruma uyumunun sağlanarak yaşam kalitesinin artırılması için alınması gereken önlemlerdir. Bir anlamda rehabilite edici hizmetlerin alanına girmektedir (Hayran ve Sur,1997:17).

#### **b) Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri:**

- Bireye ve çevreye yönelik olarak yürütülen koruyucu sağlık hizmetlerine rağmen sağlığı bozulan, kendini hasta hisseden veya sağlık kontrolünden geçmek isteyen kişilerin muayene, teşhis ve tedavileri ile ilgili hizmetlerdir (Hayran ve Sur,1997:17).

#### **c) Rehabilitasyon Hizmetleri:**

Hastalık sonrası sakatlık veya güçsüzlük gibi nedenlerle işgücünü kaybedenlere verilen hizmetler bu başlık altında toplanır.

- Tıbbi Rehabilitasyon: Kaybedilen organ yerine protez takılması veya güçsüzleşen organın, fizik tedavi vb yöntemlerle, yeniden güçlendirilerek kişinin günlük işlerini devam ettirebilme olanağına kavuşturulması türünden çalışmalardır.
- Sosyal Rehabilitasyon: Fizik ve psikolojik hasarlı kişilerin, bu durumlarına uygun işe yerleştirilmesi veya bakımlarının sağlanması türünden çalışmalardır.

Hizmet tanım ve türlerinde de anlaşılacağı üzere, tıbbi rehabilitasyon sağlık sektöründe yürütülen hizmetlerdendir. Sosyal rehabilitasyon ise, sosyal hizmet kurum ve personeline yürütülür (Akdur, 2000:6).

Sağlık hizmetlerinden insanlar çok sayıda fayda elde ederler. Bu faydaları genel olarak iki başlık altında incelemek mümkündür (Alpugan,1984:145).

- a- Sağlık hizmetlerinden elde edilen ekonomik yararlar:** Sağlık hizmetleri sonucu bireyin üretici gücünün korunması ya da artırılması, ileride ortaya çıkacak bir hastalık sonucu katlanılacak masrafların şimdiden bu hizmetler vasıtasıyla önlenmesi gibi etkiler sağlık hizmetlerinin ekonomik yararlarıdır.

**b- Sağlık hizmetlerinden elde edilen ekonomik olmayan yararlar:** Bireyin bir kısım şüphe, acı ve ızdıraplarından sağlık hizmeti vasıtasıyla kurtulması, bu hizmetlerin ekonomik olmayan yararlarıdır. Sağlık hizmetleri ile sağlanacak yararların artırılması için bu hizmetlerin kaliteli olması önem arz eder (Alpugan,1984:146).

Sağlık sektörünün isleyişinde normal piyasalardan oldukça farklı bir şekilde kendine has kurallarının etkili olduğu görülmektedir (Ak ve Sevin,2000: 27).

Çağdaş insanın yaşamında temel hizmetlerden birisi olan sağlık hizmetinin de diğer mal ve hizmetlerden ayırt edici özellikleri bulunmaktadır. Bu özellikler; sağlık hizmetlerinin kamusal hizmetler olması, belirsiz talebe sahip olması, ikame edilemez ve ertelenemez olması, sosyal amaca yönelik olması gibi özellikler olarak sayılmaktadır. Ayrıca bir diğer özelliği de talep edenin konu olan hizmet hakkındaki bilgi düzeyinin yetersiz olmasıdır (Şenatalar, 2003: 25).

Genel olarak sağlık hizmetlerinin özelliklerini şu şekilde sıralamamız mümkündür (Şakar, 1999: 15):

- Sağlık hizmetleri temelde bireysel gibi görülmektedir. Ancak sağlık hizmetlerinin sınıflandırılmasında ortaya çıkan koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin etkileri bu hizmetlerin kamusal (toplumsal) hizmetler olduğunu göstermektedir (Şakar, 1999: 15).
- Sağlık hizmetinin arz ve talebi arasında eşitsizlik vardır. Sağlık piyasalarında tüketiciler satın alacakları mal ve hizmetlerin miktar ve kalitesini tayinedemezler (Ak ve Sevin, 2000: 25).
- Sağlık hizmetinin tüketimi tesadüfidir ve hastanın, hastalık riskine bağlı olarak yapacağı masraflar belirsizdir. Bu durum sağlık hizmeti talebinin belirsiz olmasına neden olmaktadır (Ak ve Sevin, 2000: 25).
- Sağlık hizmetlerinde kişinin talebini hekim belirler. Sağlık hizmetlerine duyulan ihtiyacın tanısı, şiddeti ve tedavi şekli, tıbbi bilgi ve tıbbi teknolojik imkânlar çerçevesinde hekimler tarafından belirlenir (Tokat, 2006: 9).
- Sağlık hizmetleri ikame edilemez ve ertelenemez; talebin ortaya çıkması ile birlikte giderilmesi gereken bir ihtiyaçtır. Zamanında giderilmeyen bir sağlık

ihtiyacı kişinin ilerideki yaşamını etkilemekle beraber toplumu da ekonomik ve sağlık açısından etkileyebilmektedir (Şakar, 1999: 16). Diğer mal ve hizmet piyasalarında ikame yapma imkânı vardır. Sağlık hizmetlerinde bir hastaya kalpameliyatı olması gerekirken daha ucuz olduğu için apandisit ameliyatı yapma imkânı yoktur (Tokalaş, 2006: 15).

- Sağlık hizmetleri, diğer piyasalardaki mal ve hizmetlerin aksine standart değildir ve tüketiciler çoğunlukla satın aldıkları hizmetin özellikleri hakkında sınırlı veya yanlış bilgiye sahiptirler (Ak ve Sevin, 2000: 25).
- Sağlık hizmetleri insan odaklı olması sebebiyle etkileri ve sonuçları açısından diğer hizmet sektörlerinden ayrılmaktadır. Bu sebeple sosyal bir amaca yönelik değildir (Turan, 2004: 9-10).

### **1.2.2. Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetinin Tanımı**

Ağız ve diş sağlığı hizmet tanımını yapabilmek için kamu ve özelde ağız ve diş sağlığı hizmetlerini düzenleyen mevzuatların incelenmesi gerekmektedir. Bu mevzuatlar;

- Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge
- Ağız ve Diş Sağlığı Sunulan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik
- Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği
- Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği
- Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri konulu 2007/89 no.lu genelge emirleridir.

Tüm bu mevzuatlardan hareket ederek ağız ve diş sağlığı hizmetinin net bir tanımını ortaya koymak mümkün değildir. Bu nedenle ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin tanımını diş hekimliği meslek tanımından yola çıkarak yapmak gerekir. O halde ağız ve diş sağlığı hizmeti; ağız, diş ve dudaklardan oluşan ağız boşluğu ve çevre dokularının sağlığının korunması, diş ve diş etleri hastalıklarının tedavisi, diş ve çene ameliyatları ile protez yapımı hizmetlerinin bütünüdür (<http://www.saglik.gov.tr/TR/belge /1327/ saglik-mevzuati.html>).

Tanımlamanın daha anlaşılır olması bakımından diş hekimlerinin hastalıkların tanısı, tedavisi, tedavide kullanılan yöntem ve materyalleri itibariyle yararlandıkları bilim dallarına bakmakta yarar vardır.

- a- Oral Diagnoz ve Radyoloji Anabilim Dalı:** Ağız, diş ve çevre dokularının hastalıklarının belirtilerini, tanı koyma metotlarını, metotların güvenilirliğini inceleyen bilim dalıdır.
- b- Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı:** Ağız, diş ve çevre dokularda görülen hastalıkları (kist,tümör v.b), oluşumlarını, çene eklemi problemlerini, ağız içerisinde cerrahi müdahale gerektiren tüm işlemleri, kullanılan yöntemleri ve materyalleri inceleyen bilim dalıdır.
- c- Ortodonti Anabilim Dalı:** Dişlerin ve çenelerin birbirleriyle ilişkilerini, kapanışlarını, dişlerin ve çenelerin gelişimini hareketlerini inceleyen, dişsel ve iskeletsel bozuklukların tedavisini, kullanılan yöntemleri ve materyalleri inceleyen bilim dalıdır.
- d- Periodontoloji Anabilim Dalı:** Dişetlerinde oluşan problemleri, tedavilerini, bunların tedavisinde kullanılan materyalleri inceleyen bilim dalıdır.
- e- Protetik Diş Tedavisi Anabilim Dalı:** Diş dizisindeki ya da ağız içindeki yumuşak dokularda oluşan kayıpların oluşturduğu konuşma, fonksiyon ve estetiğin yarattığı problemleri, bunların protezlerle tedavi yöntemlerini, tedavide kullanılan materyalleri inceleyen bilim dalıdır. Aynı zamanda eklem ve çenenin kapanış hareketlerini (oklüzyon) incelemektedir.
- f- Konservatif Diş Tedavisi Anabilim Dalı:** Dişlerde çürük, kırık v.b nedenler oluşan madde kaybının tedavi yöntemlerini ve dişleri çürükten korumak için kullanılan materyalleri inceleyen bilim dalıdır.
- g- Pedodonti Anabilim Dalı:** Çocukların ağız, diş ve çevre dokularında ortaya çıkan sorunları, çürük önleyici yöntemleri, diş tedavilerini ve bu tedavilerde kullanılan materyalleri inceleyen bilim dalıdır.
- h- Endodonti Anabilim Dalı:** Diş pulpasını ilgilendiren enfeksiyonlar ve bunların tedavilerini inceleyen bilim dalı ([http://dis.baskent.edu.tr/anabilim/ana\\_bilim.html](http://dis.baskent.edu.tr/anabilim/ana_bilim.html)).



### **1.3. KALİTE KAVRAMI**

Kalite kavramı kullanım amacına göre farklı anlamlar ifade edebilmektedir. Bunun nedeni kalitenin çok boyutlu olmasından kaynaklanmaktadır. Bir çok kişiye göre kalite; “lüks”, “pahalı”, “ender bulunan”, “üstün olan”, “benzerlerinden ayrı, olumlu niteliklere sahip olan” kavramları ifade edebilmektedir. (Yatkın, 2003: 1-2). Kalite birçok kişinin sandığı gibi, lüks ile çağrışım yapan bir kavram değildir (Gökmen, 2001: 4).

Çağdaş anlamda kalite kavramının temel özelliği, bir mal yada hizmetin müşteri tatminine yönelik bazı özellikleri kendisine toplanmasıdır (Aymankuy, 2005: 3).

#### **1.3.1. Kalitenin Tanımı**

Günlük yaşamımızda çok sık rastladığımız ve kullandığımız “kalite” kavramı, kullanım amacına göre değişik anlamlar ifade edebilmektedir. Geleneksel anlamda yaklaşıldığında kalite kavramı standartlara uyum ya da fonksiyonlara uygunluk olarak ele alınmaktadır. Ancak günümüzde kalite kavramı bu tanımlara sığmayacak derecede yeni boyutlar kazanmıştır. Günümüzde, kalite kavramı, günlük konuşmalardaki dağınıklığından kurtarılmış, dar tanımlama kalıplarından çıkarılmış, esnek ve dinamik bir çerçeve içine yerleştirilmiştir (Sığırcı, 2006: 6).

Organizasyon ve yönetim bilimi içerisinde çeşitli düşünürler ve uzmanlar kalite kavramını çok farklı şekillerde tanımlamaktadırlar. Bu tanımlardan bazıları aşağıda belirtilmiştir:

Türk Standartları Enstitüsü ISO 9000 serisinde kalite, “bir ürün ya da hizmetin belirlenen veya olabilecek ihtiyaçları karşılama yeteneğine dayanan özelliklerinin toplamı” olarak ifade edilmektedir (Peşkiroğlu, 1994: 96).

Avrupa Kalite Kontrol Organizasyonu (European Organization for Quality Control-EOQC) kaliteyi, belirli bir malın ya da hizmetin, tüketici isteklerine uygunluk derecesi olarak tanımlamıştır (www.eoq.org.).

Amerikan Kalite Kontrol Derneğine (American Society for Quality Control-ASQC) göre kalite, bir mal veya hizmetin tüketicinin isteklerine uygunluk derecesidir (www.asq.org).

Kalite, ürünün dayanıklılığı, güvenilirliği, doğruluğu, görünüşü, tamlığı ve diğer verilen özelliklerin bütünüdür (Tek, 1999:360).

Kalite, hizmet veya ürünlerin kullanıma girmesinden itibaren topluma verilen zarar ile belirlenmektedir (Özalp vd.,2000:244).

Kalite, ürünün müşteri tercihlerine uygunluğudur (Gencel,2001:4).

Bir başka şekilde, kaliteyi gerçek (beklenen) kalite ve algılanan kalite şeklinde incelemek mümkündür. Bir ürün veya hizmeti sunan kişi veya örgütün, ürün veya hizmeti sunmak için sarf ettiği çaba ve katlandığı harcamaların onun özelliklerine ulaşması durumunda elde edilen kalite gerçek kalitedir. Kalitenin geleneksel tanımı da bu şekilde yapılmaktadır. Algılanan kalite ise, subjektif bir kavramdır ve müşterinin algıladığı kalitedir. Bir ürün ve hizmet müşterinin beklentilerini karşıladığı zaman algılanan kaliteye ulaşılmış olunur. Buna göre kalite, ihtiyaçları karşılama derecesidir (Pekdemir, 1992: 7-8).

Bakış açısına bağlı olarak, farklı şekillerde tanımlanmakla beraber, bugün daha geniş ve esnek bir yaklaşımla; Kalite; üretim veya hizmetin niteliğini etkileyen her şey'dir (Akın, Ermumcu, Üstünoğlu, 1997: 45).

Sonuç olarak tanımlar incelendiğinde, istek ve beklentileri karşılama ile üretim ve tüketim sürecindeki olumlu katkı olgularının kalitenin ortak özellikleri olduğu görülmektedir.

### 1.3.2. Kalitenin Tarihsel Gelişimi

Yeryüzünde tarihin başladığı yaklaşık 1.7 milyon yıldan beri, insanlar kaliteye, özellikle de kullandıkları araçların kalitesine büyük bir ilgi göstermişlerdir (Kondo,1999: 47).

Kalite'nin kavram olarak ifade edildiği ilk yazılı kaynak olan Hammurabi Kanunları'nda (M.Ö. 2150) yer alan hükümlerden birinde; *"bir inşaat ustasının inşa ettiği ev, ustasının yetersizliği ve işini gerektiği gibi yapmaması nedeniyle yıkılarak, ev sahibinin ölümüne yol açarsa; o usta öldürülür"*, şeklinde ifade edilmektedir. M.Ö. 1450 yılında ise, eski Mısır'daki denetim görevlileri, taş blokların yüzeylerinin dikliğini, telden yaptıkları bir araçla denetim etmekte ve taş blokların belirli bir standartta üretilmesini sağlamaktaydılar (Şimşek , 2002: 5).

Fenikeliler döneminde ise denetim görevlileri, ürün kalitesinde sürekli olarak yapılan uygunsuzlukları, kusurlu ürünü yapan kişinin elini keserek önlemeye çalışmaktaydılar. Fenikeli denetim görevlileri, ürünleri, yönetimin belirlemiş olduğu kriterlere uygunluğu açısından denetim ederek, onaylamaktaydılar. Bu denetimlerdeki amaç, tüketicilerin ürünler ile ilgili şikayetlerin karşılanması ve toplum içinde ticari etiğin oluşturulmasının sağlanmasıydı (Bozkurt ve Odaman, 1997: 12).

Romalılar döneminde ise beton ile imal edilen bina yapımı, şehir planlamacılığı, trafik sıkışıklığı, sarnıç ve su kanallarının imalatını şartname biçiminde yasalarla düzenlenmiş ve üretimde belirli bir kalite standardı getirilmiştir (Şale, 2004: 21).

Hammurabi Kanunları'nda çok kesin bir ifadeyle tanımlandığı gibi, inşaat ustasının kalitesiz bir iş çıkardığında ölüm cezasına çarptırılması ve Fenikelilerin kusurlu üretim yapanın elini keserek cezalandırması, kalitenin ne denli önemli bir kavram olduğunu doğrulamaktadır (Buldur 2006: 23).

Eski Yunanların tapınaklarını yaparken çok sıkı kalite kontrol tekniklerini uyguladıkları, Hintlilerin (MÖ) 4.yüzyılda altın işleme için standartlar oluşturdukları ve

Romalıların (MÖ). 300 ve milattan sonra (MS) 300 yılları arasında, neredeyse dokundukları her şeyi standartlaştırdıkları, J.M.Juran'ın "Kalite Yönetimin Tarihi" adlı kitabında belirtilmektedir. Tarihin kalite kavramını şekillendirmesinde, özellikle endüstri devriminin etkisi büyük olmuştur (Buldur 2006: 23).

Kalite yönetimi kavramına resmi olarak ilk fabrikalarda rastlanmaktadır. 20. Yy başlarında, bir şirketin organizasyon yapısında kaliteyi içeren bir yapı görmek mümkün değildi. Endüstri devriminden günümüze kadar gelişmelerin tamamı kalite kavramının temellerine zemin hazırlamıştır. Kalite sisteminin oluşmasında yüzyılımızın itici kuvveti olarak da tanımlanan ve bilimsel yöntem olarak bilinen "üretkenlik", hareketini ilk başlatan Amerikalı mühendis F. Winslow Taylor, bu hareketle planlamanın üretimden ayrılarak bir yönetsel fonksiyon olarak değişmesini sağlamıştır. Özellikle 2. Dünya savaşı yılları kalite kavramının hızla gelişme gösterdiği dönemlerdir (Buldur 2006: 23).

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 deneyime dayanan kalite kontrol konusunda, belirli standartların oluşturulması zorunluluğu önem kazandı. İstatistiksel yöntemlerin üretimde kullanımı bu yıllarda ilgi görmeye başladı. Yine bu yıllarda oluşturulan kalite sistemi standartları günümüzde uygulanan ISO 9000 standartlarının temelini oluşturdu. 2. Dünya savaşı sonrasında asıl gelişme Japonya'da yaşanmıştır (Buldur 2006: 23).

Gerek Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nin işgali altındayken, gerekse sonraki yıllarda Japonlar Amerikalıların bilgi ve tekniklerinden büyük çapta yararlanmışlardır. Japonlar, Amerika'dan kalite uzmanlarını getirerek yardım almışlar, böylece bu uzmanlar görüşlerini Japonlara aktarma fırsatı bulmuşlardır (Buldur 2006: 23).

Uzmanların 1950'li yıllarda Toplam Kalite Kontrol ya da Yönetimi adını verdiği bu görüşler, Japonlarca benimsenmiş ve geliştirilmiştir. Japon bilim adamları ve sanayicileri ise klasik yönetim sisteminin eksik taraflarını görerek onları giderecek yeni sistemler geliştirmişlerdir (Buldur 2006: 23).

Yukarıdaki örneklerden de anlaşılacağı üzere kalite ve kaliteli iş yapma binlerce yıldır insanlığın vazgeçemediği temel bir unsur olarak kabul görmüştür. Ancak neredeyse insanlık tarihi kadar eski olan kalite kavramının bilimsel olarak ele alınması ve standartlarının oluşturulması için 20. yüzyıla kadar beklemek gerekmiştir. 19. Yüzyılda başlayan sanayi devrimi ile birlikte asıl gelişim sürecine giren kalite, başlangıçta sadece denetimden ibaretken daha sonra müşteri kavramının gelişmesiyle günümüzdeki şeklini almıştır (Şale, 2004: 21).

### 1.3.3. Kalite İle İlgili Terimler

Sağlık sektöründe kalite konusuna baktığımızda çeşitli kavramlar karşımıza çıkmaktadır. Bunlar sırasıyla; müşteri, akreditasyon, belge, belgelendirme kuruluşları, teknik düzenleme, denetleme, uygunluk, standart, işaretleme gibi...

**Müşteri:** Müşteri bir malı/hizmeti satın alan kişidir. Sağlık işletmesinde çalışan veya sağlık işletmesi ile organik bir ilişkisi bulunan kişi veya gruplar iç müşterileri oluşturmaktadır. Sağlık işletmesinin hizmetlerinden doğrudan veya dolaylı olarak yararlanan kişi ve kurumlar ise sağlık işletmesinin dış müşterileridir. Sağlık işletmelerinde hastalar genellikle birincil müşteriler olarak tanımlanır ve büyük bir dış müşteri kitlesini oluşturmaktadır. Hasta yakınları ve çevresi, refakatçiler, ziyaretçiler diğer sağlık işletmeleri, anlaşmalı kuruluşlar, eczaneler, dernekler, medya, sigorta şirketleri, tıbbi malzeme ve ilaç şirketleri, çamaşırhane işletmeleri, çiçek satıcıları, müteahhitler, sağlık işletmelerinin dış müşterilerine örnek olarak verilebilir (Etöz,2008:18).

Öte yandan teknik personel ve destek personeli (laboratuar teknisyeni, ev idarecisi vb.), sağlık profesyonelleri (uzmanlar, doktorlar, hemşireler, asistan doktorlar vb.), üst ve orta kademe yöneticileri, işletmenin pay sahipleri ve danışmanlar sağlık işletmelerinin iç müşterilerini oluşturmaktadırlar (Etöz,2008:19 ).

Diğer taraftan, kısmi zamanlı çalışan doktorlar, sağlık işletmesinin hem iç hem dış müşterisi olabilmektedir. Örneğin “iç müşteri” kavramının yönetime kazandırılması,

büyük ölçüde Toplam Kalite Yönetimi'nin (TKY) prensiplerinden kaynaklanmıştır. TKY bakış açısına göre, işletme içindeki birimler birbirlerinden mal veya hizmet alıyorsa birbirlerinin müşterisidirler. Sağlık işletmelerindeki birimler fonksiyonel ilişkiler nedeniyle birbirlerinin müşterisi olabilmektedirler. Örneğin hemşireler ilaç isteği yapıp, teslim almaları nedeniyle eczanenin, yoğun bakım hasta kabul etmesi nedeniyle acilin, cerrahi klinikleri ameliyathanenin müşterisi olabilmektedirler (Etöz,2008:19 ).

**Akreditasyon:** Akreditasyonun kelime olarak anlamına bakmak gerekirse; bir organizasyonun, programın veya grubun standartlar veya kriterler ile uyumunun yetkili bir kuruluş tarafından incelenmesi ve onaylanmasını içeren resmi işlemler sürecidir. Sağlık tesislerinin veya programların; prosedürler, fiziksel yapılar idari ve finansal süreçler ve bakım kalitesine ilişkin sonuçlarla ilgili bir takım standartlara göre “dış” değerlendirme sürecidir. Bu sürecin sağlık sektöründeki uygulandığı daha çok hastanelerde kendini göstermiştir (Çetin vd., 2001: 13).

**Belge:** Faaliyet alanına göre, yetkili kamu kurum ve kuruluşları tarafından ilgili mevzuat çerçevesinde zorunlu alanlarda belge vermek üzere yetkilendirilen özel veya kamu laboratuvarları, muayene ve belgelendirme kuruluşları tarafından düzenlenen, standart ve teknik düzenlemelere uygunluğu gösteren belgeler ile ilgili mevzuat çerçevesinde zorunlu alanlar dışında kalan standart ve teknik düzenlemelere uygunluğu gösteren evraktır (Çetin vd., 2001: 13).

**Kalite Belgelendirme:** Tanımlanmış bir ürün, işlem veya hizmetin belirli bir standart veya ayrı bir dokümana göre yeterli uygunlukta olduğunun bağımsız bir makam tarafından belgelendirilmesi faaliyetidir. Kalite güvence sistemi genel olarak; kurumda çeşitli departmanların gösterdiği kaliteyi geliştirme, koruma, iyileştirme, müşterilerin tam beğenisini kazanma ve en ekonomik düzeyde hizmet sağlamayı amaçlayan çabaların birleşimidir Belgelendirme kuruluşu, uygunluk değerlendirmesi yapan kuruluştur (Çetin vd., 2001: 13).

**Denetleme:** Kalite ile ilgili faaliyetlerin ve sonuçlarının planlanan düzenlemelere uyup uymadığının, bu düzenlemelerin amaca ulaşmak için uygun olup olmadığının, bu düzenlemelerin etkin olarak uygulanıp uygulanmadığının, sistematik, tarafsız, dokümanlara ve beyanlara dayanılarak, incelenmesidir.

Bir kuruluşun faaliyetlerinin, kullandığı laboratuvar, sistemler ve personelinin tanımlanmış düzenlemelere ve/veya standartlara uygun olup olmadığının belirlenmesidir (Etöz, 2008: 22).

**Standart:** Mutabakat sağlanmış ve kabul edilmiş bir kurumca onaylanmış, mevcut şartlar altında en uygun seviyede bir düzen kurulmasını amaçlayan, ortak ve tekrar eden kullanımlar için, faaliyetler ve sonuçlarıyla ilgili kurallar, kılavuzlar veya özellikler ihtiva eden dokümandır (Etöz, 2008: 22).

**İşaretleme:** Bir ürün veya ürün grubunun ulusal ve uluslararası standartlar ve/veya ilgili mevzuata sağlık, güvenlik, çevrenin ve tüketicinin korunması çerçevesinde uygun olduğunu göstermek için belirli bir işaretin kullanılmasını ifade eder. Akreditasyon, ürün/hizmet, kalite yönetim sistemi, çevre yönetim sistemi ve personel belgelendirmesi yapan kuruluşların, laboratuvarlar, muayene ve deney kuruluşlarının belirli görevleri yapmaya yeterli olduklarının uluslararası kabul görmüş teknik kriterlere göre değerlendirilerek onaylanması, belgelendirilmesi ve devamının sağlanması faaliyetidir (Etöz, 2008: 22).

**Teknik Düzenleme ve Uygunluk:** Teknik düzenleme ürün özelliklerini, işleme veya üretim yöntemlerini, idari hükümler de dahil olmak üzere belirten ve uyulması zorunlu olan dokümanıdır.

Uygunluk ise belirli koşullar altında, bir ölçme cihazı veya bir ölçme sisteminin gösterdiği değerler veya bir ölçüm gereci veya bir referans malzemenin verdiği değerler ve ölçüm standartları ile gerçekleştirilen ve bunlara karşılık gelen değerler arasındaki ilişkiyi kuran işlemler dizisidir (Etöz, 2008: 22).

## 1.4. HİZMET KALİTESİ

Hizmetlere duyulan gereksinim, kaliteli hizmete olan gereksinimi de beraberinde getirmiştir. İnsanlar, ihtiyaç duydukları hizmetlerin en iyisini almak ve tatmin olmak isterler. Bu nedenle hizmet üretirken, mutlaka kaliteyi gözetmek gerekmektedir. Ancak ürün kalitesi, fiziksel ve somut değişkenlerle belirlendiği halde, hizmet kalitesini ölçmek zordur. Hizmetin kalitesini ölçen, onu alan insanlardır. Dolayısıyla hizmetin kalitesi, insandan insana değişen bir özellik göstermektedir. Anlaşılacağı üzere hizmet kalitesinin yükselmesinin ya da verilen hizmetin tatmin edici olmasının anahtarı, o hizmeti alanlardadır (Karahana, 2006: 38).

En geniş anlamıyla hizmet kalitesi, müşteri beklentilerini karşılamak için üstün ya da mükemmel hizmetin verilmesidir. Bir diğer tanım ise hizmet kalitesini, bir kuruluşun müşteri beklentilerini karşılayabilme ya da geçebilme yeteneği olarak belirtmektedir. Burada önemli olan konu, kalitenin müşteri tarafından algılanan kalite olmasıdır (Odabaşı, 1997: 194).

### 1.4.1. Hizmet Kalitesinin Boyutları

Hizmetlerin temel özellikleri olan soyutluk, değişkenlik ve heterojenlik, dayanıksızlık, hizmet üretim ve tüketiminin aynı anda gerçekleşmesi (ayrılmazlık) faktörleri; hizmet üretimini, satışını, müşterilerin kalite algısını ve müşteri tatminini önemli ölçüde etkilemektedir. Hizmetlerin soyut oluşu, müşterilerin satın almadan önce, alacakları hizmetin kalitesini değerlendirmesini zorlaştırmaktadır. Birçok durumda ise, hizmet satın alınması ve kullanımı sonrasında da müşterilerin hizmet kalitesini değerlendirmeleri zor olabilmektedir. Aynı şekilde hizmetlerde kalite kontrolü de son derece zordur. Ancak dikkatli personel seçimi ve eğitimle, hizmet kalitesini bir ölçüde standartlaştırmak mümkün olabilir (Tek, 1999: 430).

En geniş anlamıyla hizmet kalitesi, “müşteri beklentilerini karşılamak için üstün ya da mükemmel hizmetin verilmesi” olarak tanımlanır. Başka bir tanıma göre ise hizmet kalitesi, “bir kuruluşun müşteri beklentilerini karşılayabilme ya da geçebilme



yeteneği” olarak ifade edilmektedir. Tanımlardan da anlaşılacağı gibi hizmet işletmelerinde kaliteyi belirleyen müşterilerdir. Bu nedenle hizmet işletmelerinde kalitenin müşteriler tarafından nasıl algılandığı büyük önem taşımaktadır. Hizmetlerin soyut olması hizmet kalitesinin de soyut olmasını beraberinde getirmektedir. Bu yüzden hizmet kalitesi ile ilgili literatürde hizmet kalitesi kavramı yerine çoğunlukla “algılanan hizmet kalitesi” terimi kullanılmaktadır (Devebakan, 2005: 8).

Zeithaml algılanan hizmet kalitesini, “müşterinin, bir ürün ya da hizmetin üstünlüğü veya mükemmelliği ile ilgili genel bir yargısı olarak “ tanımlamaktadır (Robledo,2001:23).

Ghobadian’a göre ise algılanan hizmet kalitesi, müşterilerin hizmetin kalitesine yönelik sezgilerdir ve müşterilerin tatmin derecesini büyük ölçüde belirlemektedir (Ghobadian, 1994: 50).

Hizmet kalitesi olgusuna geniş bir bakış açısı getirip kavramsal bir hizmet kalitesi modeli geliştiren Parasuraman, Zeithaml ve Berry ‘e göre algılanan hizmet kalitesi, müşterilerin hizmetten beklentileri ile hizmet sunumu sırasında, hizmetin performansına yönelik oluşan algılarının yönünün bir sonucudur. Müşterilerin hizmetten beklentileri ile hizmete yönelik algılarının karşılaştırılması esasına dayanan bu yaklaşıma göre, beklenen hizmet, algılanan hizmetten büyük olursa algılanan kalite tatmin edici olmaktan daha düşük olacaktır. Beklenen hizmetin, algılanan hizmete eşit olması durumunda ise algılanan kalite tatmin edici olacaktır. Müşteriler tarafından algılanan kalitenin ideal kalite olarak kabul edilmesi için ise; beklenen hizmetin algılanan hizmetten küçük olması gerekmektedir (Devebakan, 2005: 9).

Katz’a göre tutum, “bireyin çevresindeki bir simgeyi, bir nesneyi ya da bir olayı olumlu ya da olumsuz bir şekilde değerlendirme eğilimidir’. Bu tanımda bireyin, içinde yaşadığı çevreye karşı aldığı tavır, sergilediği duruş ön plana çıkmaktadır (İnceoğlu, 2010:9).

Beklenti düzeyi, bireyin psikolojik olarak varmayı umduğu sınırdır. Kişinin isteği, bu düzeye ulaşmaktır. Birey bu düzeye varır veya bu düzeyi geçerse başarı duygusuna ulaşır ve tatmin olur. Aksi halde doyumsuzdur. Başka bir deyişle kişinin başarı veya doyumunu, yapıları işin, kazanılan başarının mutlak değeri ile değil, bireyin o işe verdiği değere göre veya başka bir deyimle “beklenti düzeyine” göre değişmektedir (İnceoğlu, 2010:85-86).

Algılanan hizmet kalitesi bir tür tutum olup tatmin ile ilgilidir ama aynı şey değildir. Bu nedenle hizmet kalitesi yazınında kullanılan “tatmin” kavramı, müşteri tatmini yazınında kullanılan “tatmin” kavramından farklıdır. Algılanan hizmet kalitesi, hizmetin üstünlüğüne yönelik uzun dönemli genel bir yargılama ya da tutum iken, tatmin spesifik bir iş ile ilgilidir. Diğer taraftan hizmet kalitesi ve müşteri tatmini ile ilgili literatür incelendiğinde hizmet kalitesi ve müşteri tatmini kavramlarının bazı yazarlarca eşanlamlı kullanıldığı, bazılarının ise söz konusu iki kavramı birbirlerinden farklı anlamlarda kullandıkları görülmektedir (Devebakan, 2005:9-10).

**Hizmet Kalitesinin Boyutları:** Literatürde bir hizmetin toplam kalitesini etkileyen üç önemli boyut olduğunu belirtilmektedir. Söz konusu boyutlar; teknik kalite, fonksiyonel kalite ve firma imaj boyutlarıdır.

Teknik kalite; hizmet sunumu süreçlerinde müşterinin “ne” aldığı ile ilgilidir.

Fonksiyonel kalite; söz konusu hizmetin tüketiciler tarafından nasıl alındığının bir cevabıdır.

Firma İmajı; müşterinin hizmet aldıkları firma ile ilgili olan düşünceleridir (Devebakan, 2005: 10).

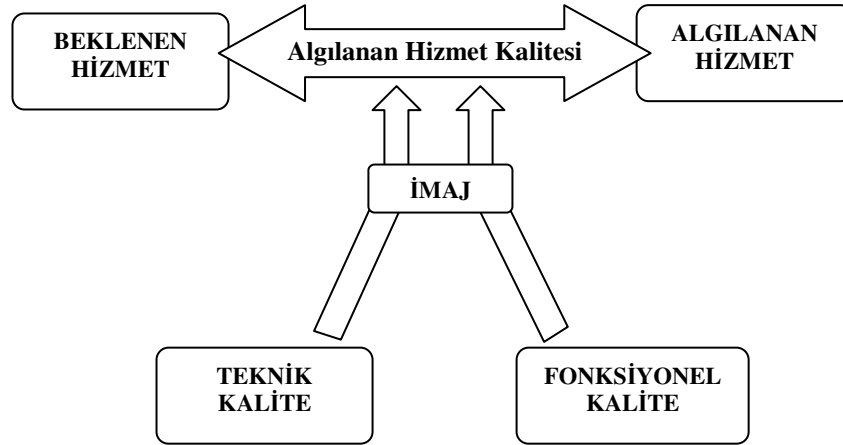
#### **1.4.2. Beklenen Hizmet Kalitesi**

Beklentiler; müşterinin kullanacağı ürün performansına yönelik tahmin ve inançlarıdır. Beklenen kalite; müşterinin mal ya da hizmette özellikle olması gerektiğine inandığı kaliteyi ifade eder. Müşteri bu tür özelliklerin ürün veya hizmetin yapısında var olduğu kanaatini muhafaza ettiği için, bu özellikleri talep etmeyi gerekli görmez. Bu özelliklerin olmaması ise müşteride ciddi memnuniyetsizliğe sebep olur (Devebakan, 2005: 13).

### 1.4.3. Algılanan Hizmet Kalitesi

Algılanan Hizmet Kalitesi: Müşterinin hizmeti almadan önceki beklentileri (beklenen hizmet) ile yararlandığı gerçek hizmet deneyimini (algılanan hizmeti ya da algılanan performansı) kıyaslamasının bir sonucu olup, müşterinin beklentileri ile algılanan performans arasındaki farklılığın yönü ve derecesidir (Afacan ve Bahçecik, 2011: 344).

Müşteriler tarafından algılanan kalitenin ideal kalite olarak kabul edilmesi için ise; beklenen hizmetin algılanan hizmetten küçük olması gerekmektedir. Ghobadian ve arkadaşları, Parasuraman ve Zeithaml'a ek olarak algılanan hizmet kalitesini, müşterilerin hizmetin kalitesine yönelik sezgileri olduğunu ve müşterilerin tatmin derecesini büyük ölçüde belirlediğini ortaya koymuştur (Afacan ve Bahçecik, 2011: 344).



**Şekil 2: Gronroos' un Hizmet Kalitesi Modeli**

Kaynak: Devebakan, 2005: 11

## **İKİNCİ BÖLÜM**

### **SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE VE AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI MERKEZLERİNDE HİZMET KALİTE STANDARTLARI UYGULAMALARI**

#### **2.1. SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE**

Sağlık hizmetlerinin etkin sunumu, toplumsal gelişmenin en temel öğelerinden birisini oluşturmaktadır. Hizmet sunumunda etkinliğin sağlanmasında öncelikle sağlık hizmetlerinin nitelik ve niceliğinin artırılması ve bu bağlamda devletin yarı kamusal mal niteliği olan bu hizmetlere önem vermesi bir zorunluluk olarak karşımıza çıkmaktadır ( Altay, 2007: 33).

Tokatlıoğlu'na göre; sağlıkta kalite yönetimi, maliyetlerin azaltılmasına değil, kazançların artırılmasına odaklanmış, bilginin egemen olduğu, mutlak hasta mutluluğunu üretmek için yaşama geçirilmesi kaçınılmaz bir dizi yönetim etkinliğini karşımıza çıkarmaktadır (Etöz, 2008: 20).

Bilim ve teknolojinin gelişmesi, kültür seviyesi ve insanlığa verilen önemin artması ile birlikte sağlık hizmetlerinin yüksek standartlarda verilmesi zorunlu hale gelmiştir. Türkiye'nin 21. yy'ın sağlık koşullarında rekabet gücüne sahip olabilmesi ve mücadeleden galip çıkabilmesi için teknoloji, araştırma ve geliştirme, çevre, en önemlisi eğitim gibi geleceğe yönelik yatırımları gerçekleştirme zorunluluğu vardır. Kalite Yönetim Sistemi genel olarak; kurumda çeşitli departmanların gösterdiği kaliteyi geliştirme, koruma, iyileştirme, talep edenlerin tam beğenisini kazanma ve ekonomik düzeyde bir hizmet sunmayı amaçlayan çabaların birleşimidir. Bu bağlamda sağlık hizmetleri sisteminin önemli bir bölümünü oluşturan hastanelerin, en büyük hizmet sektörü olarak kalite yönetimi ile sistematik olarak çok daha hassas, dengeli, planlı, kaliteli, ulaşılabilir, hızlı ve hatasız hizmet vermeleri mümkün olmaktadır. Bunun sonucu olarak kaliteli hizmet, çalışan ve talep eden memnuniyeti güvence altına alınmış olur. Kaliteyi sağlama, onu sürekli güvence altında tutma ve kaliteyi geliştirme rastlantılarla değil sistemli çalışmalarla gerçekleşir. (Aslantekin vd. 2007: 62)

Harvard Üniversitesi araştırmacıları tarafından 1991 yılında yapılan bir araştırmada, ABD’de her yıl yaklaşık seksen bin kişinin tıbbi özensizlik/dikkatsizlik sonucu öldüğü tespit edilmiştir. Öte yandan sağlık işletmelerinde kötü bakımın parasal maliyeti de çok yüksektir (Devebakan,2005: 13).

Görüldüğü gibi sağlık hizmetlerinin doğrudan insan yaşamı ile ilgili olması ve yapılacak hataların pahalıya mal olabileceği düşüncesi, sağlık hizmetlerinde ve dolayısıyla sağlık işletmelerinde kalite sağlamayı kaçınılmaz kılmaktadır (Devebakan,2005: 13).

### **2.1.1. Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Tanımı**

Yalnız tıbbi faaliyetler acısında ele alınmış bir tanıma göre sağlık hizmetlerinde kalite; bir hastalık ya da durumun bir fonksiyonu olarak, bireyin sağlık durumunda meydana gelebilecek bir gerilemeyi en azından durduracak ya da iyileşme sağlayacak bir biçimde belli faaliyetlerin yerine getirilmesidir. Buna göre sağlık hizmetlerinin kalitesi, doğru olan tıbbi faaliyetlerin en iyi sonucu verecek şekilde yerine getirilmesidir. ABD’deki Tıp Enstitüsünün kalite tanımı ise, birey ve topluma sunulan sağlık hizmetlerinin arzulanan sağlık çıktılarına ulaşma ihtimalini arttırma ve günün profesyonel bilgi birikimi ile tutarlı olma derecesidir (Çatalca, 2003: 8-9).

Amerikan Tabipler Birliği (American Medical Association) 1984 yılında yüksek kaliteli hizmeti şu şekilde tanımlamıştır: “Yaşam kalitesini ve/veya süresini iyileştirmeye veya sürdürmeye sürekli olarak katkıda bulunan hizmet” (Kaya, 2005: 14).

ABD Tıp Enstitüsü tarafından 1990’da ifade edilen tanıma göre sağlık hizmetlerinin kalitesi “bireylere ve topluma sunulan sağlık hizmetlerinin, arzulanan sağlık sorunlarına ulaşma olasılığını artırma ve şimdiki profesyonel bilgiyle tutarlı olma derecesidir” (Kaya, 2005: 15).

İngiltere’de National Health Service sağlık hizmetinde kaliteyi “..doğru işleri doğru kişilere doğru zamanda uygulamak, ve ilk defasında doğru yapmak” şeklinde

tanımlamaktadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde ise, Institute of Medicine tıbbi bakımda kaliteyi “bugünkü bilgilere uygun olarak, kişilerin veya toplumun sağlık hizmetleri düzeyini arzu edilen sağlık sonuçlarına ulaştırmak” olarak belirtmektedir. Bu tanım içinde kalite kavramının; ölçülebilir, tüm sağlık hizmetlerini içine alan, kişilere ve topluma uygulanabilen, belli bir amaca yönelik, verilen hizmetin yararının sonuçların ölçülebilmesi ile sağlanabilen, işlemlerle sonuçları birbirine bağlayan, hastaların ve toplumun değerlerine önem veren, teknik, mekanik ve bilimsel bilgi ile sınırlı ve sürekli değişikliğe uğrayan bir yapı içinde olması gerekmektedir (<http://www.saglik-ekonomisi.com>).

Sağlık Bakanlığı 2012 yılında ulusal düzeyde kabul görececek bir kalite tanımı yapmak için; TÜİK'in il bazında gelişmişlik endeksine göre belirlenen 14 ilde, toplam 4943 anket uygulanmış ve ***“en iyi sağlık sonuçlarına ulaşmak amacıyla, ihtiyacı olan herkese, çalışan güvenliği ve memnuniyetinden ödün vermeden, yeterli kaynaklara sahip tesislerde, iyi eğitilmiş uzmanlar tarafından, doğru uygulamalarla, doğru zamanda eşit hizmetin sağlanmasıdır”*** tanımı üzerinde uzlaşma sağlanmıştır (<http://www.saglik.gov.tr>).

### **2.1.2. Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Tarihçesi**

Sağlık hizmetlerinde kalite sağlamanın geçmişi Hammurabi Kanunları'na kadar uzanmaktadır. Hammurabi Kanunlarının bazı maddelerinin, özellikle hekim-hasta ilişkileri içerisinde yapılan tıbbi müdahalenin başarılı veya başarısız olma durumları ile ilgili uygulanacak bir takım yasal düzenlemeleri içerdiği görülmektedir. Hammurabi Kanunlarının 215-220 maddeleri arasında yer alan bir maddesinde, “eğer bir cerrah bronz bıçağı ile özgür bir adamda kesik yapar, adamın yaşamını kurtarır, ya da apsesini açıp iyileştirirse, bronz bıçağı ile girişimde bulunup özgür adamın gözünü iyileştirirse ona 10 gümüş şekel ( 16.37 gramlık gümüş para) verilecektir” denilmekte, bir başka maddesinde ise, “ eğer bir cerrah bronz bıçağı ile özgür bir adama derin bir kesik yapıp ölümüne neden olursa, ya da gözünü kör ederse, cerrahın sağ eli kesilecektir” denilmektedir (Devebakan, 2006: 121).

1854 yılından 1970 yılına kadar Büyük Britanya’da sağlıkta sistematik değerlendirmeyi harekete geçiren güç, öncelikle profesyonellerdir ve hem hasta çıktılarına hem de bakım sürecine odaklanmıştır. Kırım savaşı sırasında Florence Nightingale, İngiliz askerlerinin ölüm oranlarını tutmuştur (Bol, 2009:8).

Nightingale hemşirelik uygulamaları için standart süreçler oluşturmuş ve ‘Hemşirelik Üzerine Notlar’ kitabında iyi hemşireliğin kurallarından bahsetmiştir. Kitabında hastaların durumundaki değişikliklerin, semptomların ve belirtilerin gözlemlenmesinin önemine değinmiş, hemşirelerin hastalarla konuşurken oturmaları gerektiği ve tüm dikkatlerini hastaya vermeleri gerektiğini anlatmıştır (Bol, 2009:8).

1863’ te Nightingale, hastane yataklarının etkili ve verimli kullanımını gerçekleştirmede sağlık indikatörleri için hastane yatak kullanımına ilişkin bir sistem önermiştir. Bir yıl boyunca hastaneye kabul edilen hastaların sayısı, hastanede ölenlerin, iyileşenlerin ve taburcu edilenlerin sayısı, kendi isteği ile hastaneden ayrılan yada tedavi edilemeyenlerin yada hastalığında bir değişme olmadan taburcu edilenlerin sayısını içeren tüm bilgiler toplanmıştır. Bu verilerden tıbbi ve cerrahi tedaviler tanı sınıflandırmalarıyla ilişkilendirilmiş ve mortalite oranları hesaplanmıştır (Bol, 2009: 9).

Sağlık hizmetleri alanında ilk kez 1914 yılında Ernest Codman tarafından ABD’de hastaların memnuniyetine odaklı olmasa bile, hastanelerin standartlarını belirleyecek istatistiki çalışmalar yapılması, sağlıkta kalite ölçümüyle ilgili ilk uygulama olarak kabul edilmektedir. Başlangıçta sonuçların ne olduğuna yönelik bu tür çalışmalar ile bir anlamda kalite kontrolü olarak tanımlayabileceğimiz girişimler, sağlık harcamalarındaki hızlı artışın da etkisiyle bundan sonra uygulanacak hizmetlere ait alt yapı oluşturmuştur. (Devebakan, 2006: 122).

JCAHO, 1951 yılında Amerika tıp, diş hekimliği, hastane derneklerinin bir araya gelerek kurdukları bir komisyondur. Bu komisyonda hemşirelik dernek ve kamu kuruluş temsilcileri de görev almaktadır. Kar amacı gütmeyen bu komisyon, akreditasyon belgesi almak için başvuruda bulunan sağlık kuruluşlarının değerlendirmelerini yaparak

belgelendirmektedir (<http://www.sabem.saglik.gov.tr>) . 1952 de Joint Commission on Accreditation of Hospital(JCAH), cerrahi klinik kongrelerinin büyümesine yol açtı. JCAH tarafından, yapısal standartlar üzerine vurguyu gösteren kriterler geliştirildi. Örneğin, oksijen kullanılan yerlerde daha çok uyarı işaretlerinin olması gibi. Bu standartlara uymak otomatik olarak bakımda yüksek kalite sonucunu doğuruyordu. (Bol, 2009:8-9).

1950 ile 1965 yılları arasında, sağlıkta yüksek teknolojinin yaygın kullanımına paralel olarak, ulusal gelir artışının çok üzerindeki oranlarda artan sağlık harcamaları ile ilgili maliyeti kontrol etmeyi amaçlayan bir takım organizasyonların, özellikle ABD’de hızla ortaya çıktığı görülmektedir. Müşteri odaklı olmayan ve genel anlamda kalite güvencesi yaklaşımına dayalı düzenlemeler yapan bu organizasyonlar, hekimler tarafından gösterilen direnç nedeniyle, yeterli düzeyde bir başarı sağlayamamışlardır. Deming, Crosby, Juran gibi araştırmacılar tarafından tanımlanan ve daha önceki yıllarda sanayi kuruluşlarında başarıyla uygulanmış olan Toplam Kalite Yönetimi felsefesinin sağlık sektörüne adapte edilmesini amaçlayan proje çalışmaları başlatıldı. 1987 yılında, Harvard Üniversitesi öncülüğünde yürütülen National Demonstration Project ve daha küçük ölçekli diğer benzer projelerde elde edilen başarılar, Sürekli Kalite İyileştirmenin (SKİ) sağlık hizmetlerinde yaygın olarak kullanılmasını sağladı (Akgün, 2005: 75).

Özellikle 1990 yıllarında sağlıkta toplam kalite yönetimine dönük uygulamalar, sağlıkta yüksek teknolojinin yaygın kullanımına paralel olarak, ulusal gelir artışının çok üzerindeki oranlarda artan sağlık harcamaları ile ilgili maliyeti kontrol etmeyi amaçlayan bir takım organizasyonların öncelikle Amerika Birleşik Devletlerinde Ortaya çıkmasını sağlamış, daha sonra bunun diğer ülkelerde yayılımını gerçekleştirmiştir. Bilimsel tıbbın gelişmesi, mesleki örgütlenmelerin ve meslek standartlarının eleştirilmesi, toplumun bilinçlenmesi, sağlık hizmetlerinin artması ve yasal düzenlemeler, sağlık kurumlarını verdikleri kalite boyutu ile daha yakından ilgilenmeye yöneltmiştir (Akgün, 2005: 75).



### 2.1.3. Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Özellikleri

Avedis Donabedian, sağlık kurumlarında verilen hizmetlerin kalitesini etkileyen değişkenlikleri 7 ana başlıkta toplamıştır. Bu değişkenler, hizmetlerin kaliteli olup olmadığını ortaya koymada yol gösteren temel özellikler olarak kabul edilebilir. Donabedian'ın ortaya koyduğu yedi kalite özelliği aşağıda açıklanmıştır (Yusufoğlu, 2008: 43 ).

**1. Etkenlik:** Etkenlik mevcut bilimsel bilgi çerçevesinde ve mevcut olanaklarla hastanın sağlık durumunda yapılabilecek maksimum gelişmeyi ifade etmektedir. Başka bir anlatımla etkenlik, sağlık kurumunun potansiyelini yani, mevcut teknolojiye ve bilimsel bilgiye dayalı olarak en iyi yapabileceği faaliyetleri içermektedir. Etkenlik araştırma, deneyim ve profesyonel fikir birliğinin bir ürünüdür.

**2. Etkililik:** Etkenliğin tersine etkililik, hastaların sağlık durumunda gerçekleştirilen veya gerçekleştirilmesi beklenen somut gelişmedir. Bir sağlık hizmeti, hastanın sağlık durumunda olumlu değişiklik yaratmış ise bu hizmetin etkili olduğu söylenebilir. Hastanın sağlık durumunda herhangi bir değişikliğe yol açmayan hizmetin, diğer özellikleri iyi olsa bile, etkili olarak kabul edilmesi mümkün değildir. Etkililik, verilen hizmetlerin, ideal (en iyi) hizmete göre bireyin sağlık durumunda ya da hastalık seyrinde yaptığı değişiklik esas alınarak ölçülür.

**3. Verimlilik:** Yönetimsel rasyonalite açısından benimsenmesi gereken temel ilkelerden birincisi, en iyi hizmetin en az maliyetle üretilmesidir. Aynı sonucu veren iki hizmetten düşük maliyetli olanı, pahalı olan göre daha kalitelidir.

**4. Optimallik:** Optimallik, hastaya verilen hizmet miktarına paralel olarak değişen fayda ve maliyetler arasında optimum dengenin sağlanmasıdır. Başka bir deyişle, sağlık hizmetlerinin maliyetleri ile faydaları arasında en iyi dengenin kurulduğu noktadır.

**5. Kabul edilebilirlik:** Kabul edilebilirlik, verilen hizmetin, hastaların ya da yakınlarının değerleri, istekleri ve beklentileriyle uyumlu olması anlamına gelmektedir.

Bir hizmetin kabul edilebilir olması için hastaların hizmete kolayca ulaşabilmesi ve kullanabilmesi, hizmet veren personelin hastalara karşı duyarlı olması, hasta istek ve beklentilerine yanıt vermesi, hizmet ortamının rahatlatıcı ve güven verici olması, hizmetlerin etkili ve ucuz olması gerekmektedir. Sağlık hizmeti verilen kurumun uzaklığı, ulaşımın maliyeti, sağlık kurumunun açık olduğu saatler, hastanın sağlık sigortasının olup olmaması, hastaların etnik veya dini tercihleri ulaşılabilirlik kapsamındadır.

**6. Yasallık:** Verilen hizmetlerin, toplum tarafından kabul edilmesi olarak tanımlanabilir. Bir sağlık kurumunun verdiği hizmetler, sosyal ilgi ve tercihlerle uyumlu değilse, toplum tarafından kabul görmeyecektir.

**7. Eşitlik:** Tüm bireylere adil biçimde hizmet verilmesi, bireyler arasında ayrımcılık yapılmaması ve bireylerin elde ettiği faydanın eşit olması anlamına gelmektedir.

Sağlık hizmetlerinin kalitesini ortaya koyan yukarıdaki özelliklerin bir bütün olduğu unutulmamalıdır. Kaliteli hizmet üretimi ve sunumunu amaçlayan sağlık kurumları yöneticileri, sundukları hizmetlerin bu kalite özelliklerinin tümüne yeterli ölçüde sahip olmasına dikkat etmelidir (Yusufoğlu, 2008: 43 ).

Sağlık hizmetlerinde kalitenin yönetiminde izlenecek tek bir teknik veya yaklaşım yoktur. Her kurum veya örgüt kendi içinde yapacağı değerlendirmelerin ışığında örgüt yapısına, çalışanlarının ve diğer kaynaklarının özelliklerine, yönetim biçimine, içinde bulunduğu çevreye göre kendisine en uygun olan yöntem veya yöntemlerin bileşimini seçip uygulamalıdır. Kaliteyle ilgili yaklaşımlar günü birlik, geçici, belli bir dönemi içine alan veya ek bir iş gibi değil, diğer yönetsel işlevlerin temel bir parçası olarak ele alınmalıdır.

Sağlık hizmeti üretiminde, hizmeti oluşturan tüm unsurlar entegredir ve bir zincirin halkalarıdır. Bu nedenle, sağlık hizmetlerinde kaliteden söz edebilmek için öncelikle; sağlam bir yönetim modeli ve organizasyonun var olması, işlerin, kim tarafından, ne zaman, nerede, hangi araçlar kullanılarak, ne yöntemle yapıldığının

bilinmesi büyük önem taşımaktadır. Ayrıca, personel nitelik ve alt yapısının güçlü olması ve sürekli eğitimle bu gücün devamlılığının sağlanması ve örgütte çalışan herkesin üretilen hizmetin ve dolayısıyla bütünün bir parçası olduğunu bilmesi gerekir. Üst yönetimin kaliteye inanmış ve destekleyici olması ise en önemli şartlardan biridir. Üst düzey yöneticilerin kendi içlerinde sıkı bir disiplin sağlayarak iyi örnek oluşturması büyük önem taşımaktadır (Sevimli, 2006: 50).

Kaliteli hizmet sunmanın kazançları nelerdir diye baktığımızda ilk etapta şunlar karşımıza çıkmaktadır: (Hastaneler için Kalite Yönetimi Uygulama Kılavuzu, 2005; 12 – 13).

- Halkın güveninin artması,
- İşbirliği, ekip çalışması ve dayanışmanın sağlanması,
- Prestijin artması,
- Verimliliğin artması,
- Maliyetlerin azalması,
- Güvenlik ve sağlığın artırılması.

Personel açısından;

- Sorun kaynakları gibi görülmeyecekleri için personelin motivasyonunun yükselmesi,
- İşe devamsızlıkta azalma,
- İşe yönelik daha çok ilgi,
- İşin iyileştirilmesine yönelik motivasyon,
- Profesyonelleşme.

İdari açıdan;

- Veri toplama ve istatistiksel analizlerin yapılması ile kaynakların kontrol altına alınması,
- Bütün personelin TKY faaliyetlerine katılması ile çalışanlar arasında sosyal iletişimin artması,
- Çalışanlara değer verilmesi ile personel hareketliliğinin önüne geçilmesi,
- Hizmet sunanlarla ilgili problemlerin çözümlenmesi,
- Motivasyon artırıcı yöntemlerin kullanılması ile motivasyonun artması.

Tıbbi Açıdan;

- Laboratuvar tetkik sürelerinin kısalması,
- Radyoloji tekrarlarının azalması,
- Ameliyathane kullanım sürelerinin verimli hale gelmesi,
- Hastane enfeksiyon oranının düşmesi,
- Hatalı reçete yazma ve ilaç verme oranında azalma ilk göze çarpan kazançlardır (Hastaneler için Kalite Yönetimi Uygulama Kılavuzu, 2005; 12 – 13).

## **2.2. AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI MERKEZLERİNDE HİZMET KALİTE STANDARTLARI UYGULAMALARI**

Sağlıkta Dönüşüm Programının ana hedeflerinden biri de sağlık hizmetlerinde sürekli kalite gelişimini sağlamaktır. 2003 yılında ülkemize özgü bir uygulama olarak performansa dayalı ek ödeme sistemi geliştirilmiş, ikinci bir aşama olarak da bu sisteme 2005 yılında sağlık hizmet sunumunda kaliteyi esas alan Kurumsal Performans ve Kaliteyi Geliştirme çalışması ile kalite boyutu eklenmiştir. Böylece sağlık hizmetine erişim, hizmet alt yapısı, süreçlerin değerlendirilmesi, hasta memnuniyetinin ölçülmesi ve belirlenen hedeflere ulaşma derecesinin ölçümüne dayalı kapsamlı bir hastane değerlendirme sistemi hayata geçirilmiştir (ADSM Hizmet Kalite Standartları, 2011; 3).

2005 yılında kamu hastanelerinde hayata geçirilen Kurumsal Performans ve Kaliteyi Geliştirme çalışmasının en önemli parametresini kalite kriterleri oluşturmaktadır. 100 sorudan oluşan kalite kriterleri, 2007 yılı başında yapılan revizyonla 150 sorudan oluşan bir set halini almıştır. 2008 yılında yapılan revizyonda ise 150 sorudan oluşan kalite kriterleri tamamen revize edilerek hem yapısal, hem dizayn hem de metodolojik açıdan yeniden düzenlenmiştir. Kalite kriterleri Hizmet Kalite Standartları adını alarak toplam 354 standart ve yaklaşık 900 alt bileşenden oluşan bir set halini almıştır. 2009 yılı içinde özel hastane ve üniversite hastanelerine yönelik olarak toplam 388 standart ve yaklaşık 1450 alt bileşenden oluşan “Özel Hastane Hizmet Kalite Standartları” hazırlanarak yayınlanmıştır (ADSM Hizmet Kalite Standartları, 2011; 3).

Hizmet Kalite Standartları pek çok uzman tarafından ulusal ve uluslar arası kaynaklar doğrultusunda farklı kurumsal yapılanmalar, problemler alanlar, ülke koşulları dikkatle alınarak hazırlanmıştır. Değerlendiricilerin, hastane kalite temsilcilerinin, farklı çevrelerden çeşitli uzmanların geri bildirimleri, görüş ve önerileri değerlendirilmekte ve nihayetinde Başkanlık ekibinin bugüne kadar edindiği tecrübe de kullanılarak son derece titiz bir çalışma ile hastanelerimiz için tüm süreçlere ışık tutan bir değerlendirme aracına ulaşılmaktadır (ADSM Hizmet Kalite Standartları, 2011; 4).

Hizmet Kalite Standartları ve birlikte yayımlanan rehberler, sağlık hizmeti sunanlara uygulamalarında yol göstermek misyonuna sahip olduğu gibi bu uygulamaların yerinde değerlendirilmesi aşamasında da bir çizelge fonksiyonu görmektedir. Bakanlığa biçilen bu rol ve görevler ışığında geliştirilen bu standart ve rehberlerle birlikte hem uygulayıcıların hem de uygulamaları değerlendirecek olan Bakanlık ekiplerinin eğitilmesi sistemin bütüncül anlamda olumlu ve etkin bir yapıya bürünmesini sağlamaktadır (ADSM Hizmet Kalite Standartları, 2011; 4).

Ayrıca dünyada çeşitli ülke örnekleri incelendiğinde, sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılmasına yönelik yapılan çalışmaların artık daha çok ulusal kalite ve akreditasyon sistemleri üzerinden yürütülmekte olduğunu görmekteyiz. Çünkü ülkelerin sağlık sistemlerinin ihtiyaçları, öncelikleri, farklı beklentileri ve uluslararası akreditasyon sistemlerinin getirdiği mali yük gibi sebepler dünyada pek çok ülkenin sağlıkta ulusal bir kalite sistemi kurmasına sebep olmuştur. Bu bağlamda Sağlıkta Ulusal Kalite Sistemine sahip ülkeler arasında İngiltere, Kanada, Fransa, Danimarka gibi gelişmiş ülkeler bulunduğu gibi, Tayland, Mısır, Hindistan, Kırgızistan ve Malezya gibi gelişmekte olan ülkeleri de görmek mümkün (ADSM Hizmet Kalite Standartları, 2011; 4).

Ülkemizde de sağlıkta ulusal bir kalite sistemi oluşturulurken, kamu ve özel hastaneler iki farklı standart seti ile değerlendirilmekteydi. Ancak sağlık kurumlarını kamu, özel ve üniversite olarak ayırmadan hizmet standardizasyonunda yakınlık sağlamak, kurumlar arası deneyim paylaşımı için zemin hazırlamak ve sağlıkta ulusal kalite sistemini kurmak amacıyla, kamu ve üniversite hastaneleri ile özel hastaneleri

kapsayacak şekilde “Hastane Hizmet Kalite Standartları” setinin hazırlanması için yoğun bir çalışma başlatılmıştır (ADSM Hizmet Kalite Standartları, 2011; 4).

Bu kapsamda aşağıda yer alan hususlar gözetilerek standartlar hazırlanmaya çalışılmaktadır.

- Standartların kurum içinde değerlendirilmesi, birbiri ile ilişkilendirilmesi ve kurumun tüm bölümlerini kapsamaları için boyutlandırma yapısının geliştirilmesi,
- Standartların bu boyutlandırma yapısına göre hazırlanması ve dizayn edilmesi,
- Belirlenen standartların geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasının yapılması,
- Standartların izlenebilirliği ve analizi için özgün bir kodlama sisteminin geliştirilmesi,
- Standartların puanlandırılmasının belli bir kural ve stratejiye göre yapılması,
- Tanımlar dizininin oluşturulması,
- Bilgilendirme tablolarının oluşturulması (ADSM Hizmet Kalite Standartları, 2011; 5).

### **2.2.1. Boyutlandırma Yapısının Geliştirilmesi**

Boyutlandırma sisteminde, Standartlar dikey ve yatay olmak üzere 5 boyuttan oluşan bir model üzerine yerleştirilmiş ve kurumun tüm bölümlerini kapsayacak şekilde dizayn edilmiştir. Dikey boyutlarda, Kurumsal Hizmet Yönetimi, Sağlık Hizmeti Yönetimi, Destek Hizmeti Yönetimi, İndikatör Yönetimi yer alırken yatay boyutta ise Hasta ve Çalışan Güvenliği bulunmaktadır. Bu şekilde ülkemize özgü bir boyutlandırma yapısı geliştirildi (ADSM Hizmet Kalite Standartları, 2011; 5).

### **2.2.2. Standartların Hazırlanması**

Standartlar hazırlanırken mevcut kamu ve özel hastaneler Hizmet Kalite Standartları başta olmak üzere, ulusal ve uluslararası kaynaklar incelenerek, ülke ihtiyaçları, ülke koşulları dikkatle alınarak ve Bakanlık stratejik hedefleri gözetilerek

hazırlanmıştır. Bununla birlikte sahada çalışan değerlendiriciler, hastane kalite temsilcileri ve çeşitli uzmanların geri bildirimleri, görüş ve önerileri alınmış ve nihayetinde Başkanlık ekibinin bugüne kadar edindiği tecrübe de kullanılarak son derece titiz bir çalışma ile pilot çalışmaya hazır hale getirilmiştir. Ayrıca niteliksel olarak standartların hasta ve çalışan güvenliği ekseninde olmakla birlikte israfı önleyen, maliyet-etkin, verimliliği ve memnuniyeti önceleyen bir kavramsal bakış açısıyla hazırlanması esas alınmıştır (ADSM Hizmet Kalite Standartları, 2011; 6).

### **2.2.3. Standartların Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması**

Geliştirilen standartların hastanelerde uygulanabilirliğini ve anlaşılabilirliğini değerlendirmek amacıyla farklı illerden, farklı hastane türünden ve farklı sektörlerden 30 kurum ve kuruluşta pilot çalışmalar yapılarak standartların geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (ADSM Hizmet Kalite Standartları, 2011; 7).

### **2.2.4. Kodlama Sisteminin Geliştirilmesi**

Standartların hastanelerde karşılanma derecesinin belirlenmesinde istatistikî bir kayıt oluşturmak ve standartlara bir kimlik kazandırarak izlenebilirliğini sağlamak amacıyla kodlama sistemi geliştirildi ve standartlar bu sisteme uygun olarak düzenmiştir. Bu yolla standartlara verilen kodlar, verinin işlenmesine ve hastaneler arasında bir kıyaslamanın yapılmasına da olanak sağlayacaktır. Kodlama ayrıca dikey ve yatay boyutlara sahip olan standartların ilgili boyutları hakkında da kullanıcılara pratik bir bilgi sağlamıştır (ADSM Hizmet Kalite Standartları, 2011; 8).

#### **Kodlama Sistemi**

Hizmet Kalite Standartları; süreçleri farklı açılardan sistematik bir şekilde ele alan, uygulayıcılara yol gösterici özellik taşıyan ve uygulamaların değerlendirilmesinde kullanılan standartlar bütünüdür. Bu bağlamda, standartlar kendi içinde de bir sistematik yapıya sahiptir. Bu yapıda boyutlar, bölümler, standartlar ve değerlendirme ölçütleri yer almakta olup, bu yapı bir kodlama sistemi ile tanımlanmaktadır. Kodlama sistemi, standartlara kimlik kazandırmaktadır. Kodlama sistemi, standartların kurumlarda

karşılama derecesinin belirlenmesine, verinin analizine ve kurumlar arası kıyaslama yapılmasına olanak sağlamıştır (ADSM Hizmet Kalite Standartları, 2011; 10).

### **Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi Hizmet Kalite Standartları Kodlama Sistemi**

1. ADSM HKS yatay ve dikey olmak üzere beş boyuttan oluşmaktadır. Yatay boyutta Hasta ve Çalışan Güvenliği, dikey boyutta ise Kurumsal Hizmet Yönetimi, Sağlık Hizmeti Yönetimi, Destek Hizmeti Yönetimi ve İndikatör Yönetimi yer almaktadır. Dikey boyutlar Tablo 3’de gösterilmiştir.
2. Kodlama 5 kısımdan oluşur. Kodlamada, ilk 4 kısım iki basamaklı sayılardan, 5’nci kısım bir harften oluşur.  
Örnek: 04.01.02.00.Ç
3. Birinci kısımdaki iki basamaklı sayı dikey boyutları tanımlar.  
01: Kurumsal Hizmet Yönetimi  
02: Sağlık Hizmeti Yönetimi  
03: Destek Hizmeti Yönetimi  
04: İndikatör Yönetimi
4. İkinci kısımda yer alan iki basamaklı sayı dikey boyutların içinde bulunan bölümü tanımlar (Tablo 1).
5. Üçüncü kısımda yer alan iki basamaklı sayı, bölüm içindeki standardın sıralamadaki yerini tanımlar.
6. Dördüncü kısımdaki iki basamaklı sayı standardı ve değerlendirme ölçütünü tanımlar.
  - Standart 00 ile tanımlanır.
  - Değerlendirme ölçütü 01’den başlayıp ardışık artan sayılar ile tanımlanır.
  - Değerlendirme ölçütüne ait alt kırılımlar “o” işareti ile tanımlanır.
7. Beşinci kısım yatay boyutu gösterir. “H”, “Ç” ve “G” harfleri ile tanımlanır.
  - Hasta güvenliği ile ilgili bir standartta, standart ve değerlendirme ölçütü “H” harfi ile tanımlanır.
  - Çalışan güvenliği ile ilgili standartta, standart ve değerlendirme ölçütü “Ç” harfi ile tanımlanır.
  - Hasta ve çalışan güvenliği ile ilgili standartta, standart ve değerlendirme ölçütü “G” harfi ile tanımlanır.



- Hasta güvenliği, çalışan güvenliği, hasta ve çalışan güvenliği ile ilgili olmayan standartta, standart ve değerlendirme ölçütünde harf kullanılmaz.

**Tablo 3: HKS'nin Dikey Boyutlarını Oluşturan Bölümler**

<b>Bölüm Kodu</b>	<b>Bölüm Adı</b>
	<b>Kurumsal Hizmet Yönetimi</b>
01	Yönetim Hizmetleri
02	Enfeksiyonların Kontrolü ve Önlenmesi
03	Tesis Yönetimi
04	Acil Durum Ve Afet Yönetimi
05	Bilgi Yönetimi
06	Stok Yönetimi
07	Atık Yönetimi
	<b>Sağlık Hizmeti Yönetimi</b>
01	Poliklinik Hizmetleri
02	Protez Laboratuvarı
03	Görüntüleme Hizmetleri
04	Ameliyathane Hizmetleri
05	Sterilizasyon Hizmetleri
	<b>Destek Hizmeti Yönetimi</b>
01	Mutfak Hizmetleri
02	Çamaşırhane Hizmetleri
	<b>İndikatör Yönetimi</b>
01	Kalite İndikatörleri

Kaynak: ADSM Hizmet Kalite Standartları, 2011; 11

8. Yürürlükten kaldırılan standartların kodları başka bir standartta kullanılmaz. Revizyonu yapılan standart için aynı kod kullanılmaya devam eder ve kodun başına kaçınıcı revizyon olduğu yazılır.
9. Kurumsal Hizmet Yönetimi'nde yer alan bazı standartlar Sağlık Hizmeti Yönetimi ve Destek Hizmeti Yönetimi ile ilişkili olduğundan bu standartlar Kurumsal Hizmet Yönetimindeki kodları ile ilgili bölümlerde de yer almaktadır.

### 2.2.5. Puanlama Sisteminin Geliştirilmesi

Hazırlanan standartların puanlanması için bir sistem geliştirilmiştir. Bu sistemde belli bir kural ve stratejiye göre puanlama yapılarak, standartlar arasında kıyaslama yapılabilmesi hedeflenmiştir. Ayrıca standartları belli bir kategorizasyona dahil ederek

puanlamada bütüncül, dengeli ve ağırlıklı bir yapı ortaya konmuştur (ADSM Hizmet Kalite Standartları, 2011; 8).

### **Puanlama Sistemi**

Hizmet Kalite Standartları; süreçleri farklı açılardan sistematik bir şekilde ele alan, uygulayıcılara yol gösterici özellik taşıyan ve uygulamaların değerlendirilmesinde kullanılan standartlar bütünüdür. Bu bağlamda, standartlar kendi içinde de bir sistematik yapıya sahiptir. Bu yapıda boyutlar, bölümler, standartlar ve değerlendirme ölçütleri yer almakta olup bu yapı bir kodlama sistemi ile tanımlanmaktadır. Hastane, ADSM ve 112 HKS'nin puanlandırılmasına yönelik bir puanlama sistemi kullanılmaktadır (ADSM Hizmet Kalite Standartları, 2011; 13).

### **HKS Puanlama Sistemi**

1. Puanlamada 5 ve 5'in katları kullanılır.
  2. Puanlamada standart puanlandırılır, değerlendirme ölçütleri puanlandırılmaz.
  3. Değerlendirmede standart ve standardın değerlendirme ölçütleri Evet, Hayır ve Değerlendirme Dışı olarak tanımlanır.
  4. Değerlendirme sonucu puanlama yapılırken;
    - Evet: Standardın tüm değerlendirme ölçütleri ile birlikte karşılanması durumunu ifade eder ve tam puan verilir.
    - Hayır: Standardın kendisinin veya en az bir değerlendirme ölçütünün karşılanmadığı durumu ifade eder ve 0 (sıfır) puan verilir.
    - Değerlendirme Dışı: Hastanede değerlendirilmeyecek standartları ifade eder ve puanlandırma yapılmaz.
  5. ADSM HKS Sağlık Hizmeti Yönetimi boyutunda yer alan bölümlerden birden fazla aynı bölüm (klinikler, yoğun bakım vb.) değerlendirilme yapıldığında puanlamada tek bir bölüm olarak puanlandırılır.
  6. ADSM HKS Kurumsal Hizmet Yönetimi'nde yer alan standartlar hastanenin ve ADSM'nin genelinde ve tüm bölümlerinde değerlendirilir ve puanlandırılır.
- Hizmet Kalite Standartları Puanlama Sistemi ile ilgili standartlar ve puanlar Tablo 4'de gösterilmiştir.

**Tablo 4: HKS Puanlama Sistemi**

<b>Standart Özelliği</b>	<b>Puan</b>
Yazılı düzenleme ile ilgili standartlar	5
Eğitim ile ilgili standartlar	10
Kalite yönetimi ile ilgili standartlar	10
Fiziksel özellikler ile ilgili standartlar	10
Sürece yönelik uygulamaları içeren standartlar-1	10
Sürece yönelik uygulamaları içeren standartlar-2	15
Hasta ve çalışan güvenliği ile ilgili standartlar-1	15
İndikatör takibi ile ilgili standartlar-1	15
Hasta ve çalışan güvenliği ile ilgili standartlar-2	20
Öz değerlendirme, komiteler, engelli kişilere	20
İndikatör takibi ile ilgili standartlar-2	20

Kaynak: ADSM Hizmet Kalite Standartları, 2011; 13

**Tablo 5: HKS Standart Sayıları Dağılım Tablosu**

Dikey Boyut	Bölüm No	HKS	Boyut/ Bölüm	Hasta Güvenliği (H)	Çalışan Güvenliği (Ç)	Hasta ve Çalışan Güvenliği (G)
		<b>Boyut / Bölüm Adı</b>	1245	70	95	110
<b>01</b>		<b>Kurumsal Hizmet Yönetimi</b>	680	55	95	40
01	01	Yönetim Hizmetleri	90	15	0	55
01	02	Enfeksiyonların Kontrolü Ve Önlenmesi	130	0	0	0
01	03	Tesis Yönetimi	85	0	0	0
01	04	Acil Durum Ve Afet Yönetimi	140	0	0	0
01	05	Bilgi Yönetimi	55	0	0	0
01	06	Stok Yönetimi	65	0	0	15
01	07	Atık Yönetimi	970	110	95	15
<b>02</b>		<b>Sağlık Hizmeti Yönetimi</b>	280	15	15	0
02	01	Poliklinik Hizmetleri	170	15	15	0
02	02	Protez Laboratuvarı	165	30	35	15
02	03	Görüntüleme Hizmetleri	185	35	15	0
02	04	Ameliyathane Hizmetleri	170	15	15	0
02	05	Sterilizasyon Hizmetleri	180	0	15	0
<b>03</b>		<b>Destek Hizmeti Yönetimi</b>	30	0	0	0
03	01	Mutfak Hizmetleri	80	0	0	0
03	02	Çamaşırhane Hizmetleri	70	0	15	0
<b>04</b>		<b>İndikatör Yönetimi</b>	80	0	40	0
		Toplam HKS Puanı	2435	180	225	125

Kaynak: ADSM Hizmet Kalite Standartları., 2011; 20

**Tablo 6: HKS Puansal Dağılım Tablosu**

Dikey Boyut	Bölüm No	HKS	Boyut/ Bölüm	Hasta Güvenliği (H)	Çalışan Güvenliği (Ç)	Hasta ve Çalışan Güvenliği (G)
01		Kurumsal Hizmet Yönetimi	91	4	5	6
01	01	Yönetim Hizmetleri	44	3	5	2
01	02	Enfeksiyonların Kontrolü Ve Önlenmesi	6	1	0	3
01	03	Tesis Yönetimi	10	0	0	0
01	04	Acil Durum Ve Afet Yönetimi	8	0	0	0
01	05	Bilgi Yönetimi	13	0	0	0
01	06	Stok Yönetimi	5	0	0	0
01	07	Atık Yönetimi	5	0	0	1
02		Sağlık Hizmeti Yönetimi	61	7	6	1
02	01	Poliklinik Hizmetleri	15	1	1	0
02	02	Protez Laboratuvarı	13	1	1	0
02	03	Görüntüleme Hizmetleri	8	2	2	1
02	04	Ameliyathane Hizmetleri	12	2	1	0
02	05	Sterilizasyon Hizmetleri	13	1	1	0
03		Destek Hizmeti Yönetimi	13	0	3	0
03	01	Hasta Dosyası ve Arşiv Hizmetleri	3	0	0	0
03	02	Mutfak Hizmetleri	4	0	0	0
03	03	Çamaşırhane Hizmetleri	2	0	1	0
04		İndikatör Yönetimi	4	0	2	0
		Toplam HKS Puanı	165	11	14	7

Kaynak: ADSM Hizmet Kalite Standartları., 2011; 21

### **2.2.6. Tanımlar Dizininin Oluşturulması**

Hazırlanan standartların uygulama ve değerlendirme sürecinde uygulayıcılar ve değerlendiriciler arasında ortak bir dil oluşturulması amacıyla tanımlar dizini oluşturulmuştur (ADSM Hizmet Kalite Standartları., 2011; 8).

### **2.2.7. Bilgilendirme Tablolarının Oluşturulması**

Standartların uygulanması aşamasında, kurumları hem bilgilendirmek hem de kurumun özelliğinden ve/veya uygulamasından dolayı kurumda geçerliliği olmayan standartlar tespit edilerek puanlandırmada kullanılmamıştır.

Sonuçta ülkemiz sağlık sisteminde; amacı, hizmetin kalitesini artırarak toplum sağlığını geliştirmek olan, tüm hizmet sunucuları için aynı yüksek kalitede hizmeti hedefleyen ve aynı değerlendirme sistemi ile kurumları periyodik olarak değerlendiren, sürekli iyileştirmeyi hedefleyen, çalışan güvenliği ve çalışanın yararını en az hasta güvenliği ve hastanın yararı kadar önemseyen ve ayrıca üst otoritenin rehberlik ve önderlik fonksiyonunu üstlendiği bir sistem oluşturulması yönünde büyük mesafeler kat edilmiştir. Bilimsel ve doğru bir metodoloji izlenerek hazırlanan ve gelişim sürecinde de aynı titizliğin gösterildiği bu çalışmalarda “Hizmet Kalite Standartları”nın etkinliği ve kabul edilebilirliği artmakta ve tüm paydaşların sahiplendiği ortak bir ürün olarak karşımıza çıkmaktadır. Sonuçta Sağlıkta Ulusal Kalite Sisteminin ana eksenini oluşturan “Hizmet Kalite Standartları” hem ülkemize özgü oluşu hem de uluslar arası çalışmaların sentezini bünyesinde barındırması ile sağlık sektörüne çok önemli katkılar sunmaya devam edecektir. Yapılan bu çalışmalar gelişime açık olup bugüne kadar olduğu gibi bundan sonra da; bilimsel çalışmalar, teknolojik gelişmeler, geri bildirimler, deneyimler ve ülke ihtiyaçları, süreç içinde bu çalışmalarını besleyen ve zenginleştiren unsurlar olmaya devam edecektir (ADSM Hizmet Kalite Standartları., 2011; 8-9).

## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI MERKEZLERİNDE HİZMET KALİTESİNİN ÖLÇÜLMESİNE YÖNELİK BİR ARAŞTIRMA

### 3.1. ALSANCAK AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI MERKEZİ

Alsancak Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi, 31.03.1966 yılında İlk Yardım Hastanesi olarak açılmış, 25.06.1984 yılında Diş Tedavi ve Protez Merkezi ilave edilmiş ve uzun yıllar iki birim bir arada Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi ve Alsancak Dispanseri unvanı ile hizmet vermiştir. Sosyal Sigortalar Kurumu bünyesinde bulunan ikinci bağımsız ADSM olma özelliği kazanan Alsancak Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi, 06.01.2005 tarih ve 5283 sayılı "Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığına Devredilmesine Dair Kanun" gereğince, 19.02.2005 tarihi itibarıyla T.C. Sağlık Bakanlığına devredilmiştir.

Yaklaşık 2900 m<sup>2</sup>'lik bir kapalı alana sahip olan ve 4 kattan oluşan Alsancak Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi'nde özel uzmanlık isteyen (çene ve plastik cerrahi vb. gibi) vakalar ile genel anestezi altında yapılması gereken olgular dışında, tüm ağız ve diş sağlığı (diş çekimi, diş dolgusu, kanal tedavisi, diş taşı temizliği, sabit protez, hareketli protez, basit cerrahi müdahaleler, ortodontik tedaviler) hizmetleri verilmektedir. Merkezde diş röntgen filmleri olarak apikal diş filmi ile ortopantomografi (OPG) çekilebilmektedir. Merkeze SGK kapsamındaki tüm hastalar ile ücretli hastalar hizmet alımı için müracaat edebilmektedir. Merkezde nöbet hizmeti verilmekte ve acil vakalar bakılmaktadır.

Üst paragrafta belirtilen hizmetlerin verilebilmesi için ortodonti kliniği, pedodonti kliniği, cerrahi müdahale birimi ve 11 adet entegre kliniği oluşturulmuştur. Bu klinik hizmetleri diş protez laboratuvarı, röntgen servisi, merkezi sterilizasyon birimi ve diğer idari birimlerle desteklenmektedir.

Alsancak Ağız ve Diş Sağlığı Merkezindeki görev dağılımına göre aktif çalışan sayısı Tablo 7'de gösterilmiştir.

**Tablo 7: Alsancak ADSM Aktif Çalışan Sayısı Tablosu**

<b>GÖREVİ</b>		<b>SAYISI</b>
Kadrolu Personel	Başhekim	1
	Başhekim Yardımcısı	3
	Müdür	1
	Müdür Yardımcısı	4
	Başhemşire	1
	Diş Hekimi (Doktoralı)	7
	Diş Hekimi	68
	Hemşire	15
	Diş Klinik Yardımcısı	1
	Röntgen Teknisyeni	3
	Diş Protez Teknisyeni	30
	Tıbbi Sekreter	4
	Elektrik Teknisyeni	1
	Diğer	36
<b>KADROLU PERSONEL TOPLAMI</b>		<b>175</b>
Tedarikçi Firma Çalışanı	Güvenlik Personeli	6
	Bilgi İşlem Personeli	42
	Temizlik Personeli	32
<b>TEDARİKÇİ FİRMA ÇALIŞAN TOPLAMI</b>		<b>80</b>
<b>GENEL TOPLAM</b>		<b>255</b>

Ağız ve diş sağlığı hizmet sunumunun temel gereksinimi olan diş ünit-fotöy (dişçi koltuğu) sayısı ile diş röntgen film makinesi sayıları Tablo 8’de belirtilmiştir.

**Tablo 8: Alsancak ADSM Cihaz Sayısı Tablosu**

<b>CİHAZ ADI</b>	<b>SAYISI</b>
Diş Ünit-Fotöyü	78
Ortopantomografi Cihazı	2
Apikal Diş Film Cihazı	2
Blok Otoklav	2

Merkezde üretilen ağız ve diş sağlığı iş ve işlemlerine ilişkin üretim verileri (2011 yılı tamamı ve 2012 yılı ilk altı ayı için) Tablo 9’da gösterilmiştir.



**Tablo 9: Alsancak ADSM Üretim Verileri Tablosu**

<b>YAPILAN İŞLEM</b>	<b>2011</b>	<b>2012 (İlk 6 Ay)</b>
Diş Hekimi Muayenesi	352.216	171.020
Diş Çekimi Sayısı	63.156	29.940
Cerrahi Müdahale Sayısı	6.601	3.106
Yapılan Dolgu Sayısı	156.294	132.097
Kanal Tedavisi Sayısı	11.290	7.263
Sabit Protez Üye Sayısı	58.322	29.180
Total Protez Sayısı (Tek Çene)	5.524	3.143
İskelet Protez Sayısı (Tek Çene)	6.185	3.735
Diğer (Tamir, Besleme, Köprü sökümü vb. gibi)	42.794	27.113
Detertraj Sayısı (1/4 Çene)	177.393	117.698
Ortodontik Tedavi Sayısı	11.310	7.156
Apikal Diş Film Sayısı	77.543	40.238
OPG Film Sayısı	11.263	6.328

Kalite Yönetim Sistemi çalışmalarına 01.07.2002 tarihinde başlayan Alsancak Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi, 09.04.2003 tarihinde Ağız ve Diş Sağlığı hizmet kolunda (09.04.2003 tarih ve KY-2308 / 03 Nolu) Kalite Belgesini almaya hak kazanmıştır.

01.03.2011 tarihli ve 9489 sayılı Makam Onayı ile yürürlüğe konulan Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi doğrultusunda 01.07.2011 tarihinden itibaren Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen yeni Hizmet Kalite Standartlarına uygun bir yönetim sistemi sürdürülmektedir.

### **3.2. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ**

Günümüzde özel hastaneler kadar kamu hastaneleri açısından da önem oluşturan rekabet olgusu, mevcut kaynakların verimli kullanılması ve rekabet anlayışının geliştirilmesi noktasında, hastane yönetimi için büyük önem arz etmektedir.

Hizmet süreçlerinde bu doğrultuda hareket etmek isteyen yöneticiler ve oluşturulan yönetim sistemi açısından, sunulan hizmetin hastalar tarafından kalite algısı,

yapılacak düzenlemelere en önemli veriyi sunacaktır. Bu çerçevede SERVQUAL Modeli hastane işletmeleri için bir özdeğerleme aracıdır.

Bu incelemelerle elde edilen verileri doğru yorumlayarak yapılacak düzenlemeler, hastanenin hizmet kalitesini arttırmada yönetime bir fırsat sağlayacaktır.

### **3.3. ARAŞTIRMANIN AMACI VE KAPSAMI**

Araştırmanın amacı, hastane işletmelerinden sağlık hizmeti satın alan hastaların hastane hizmetlerine ilişkin beklenen ve algılanan kalite düzeyini ölçmek ve hizmet kalitesinin hastaların demografik ve sosyokültürel özellikleriyle olan ilişkisini incelemektir. Bölgenin çeşitli illerinden, çok çeşitli demografik ve sosyokültürel düzeyde hastaların tedavi gördüğü bir referans hastane konumunda olan bir ADSM, araştırmanın evreni olarak seçilmiştir.

Yukarıda açıklanan ana amaca bağlı olarak, bu çalışmayla, aynı zamanda hizmet kalitesinin boyutları ve hizmeti satın alanlara göre bunların önem derecelerini saptamak, Alsancak ADSM'nin SERVQUAL puanlarını tespit etmek, hastanenin kalite puanının hastaların demografik ve sosyokültürel özelliklerine göre ne ölçüde değiştiğini saptamak da amaçlanmıştır.

Araştırma alanı olarak seçilen Alsancak ADSM Başhekimliğinden yazılı izin alınmıştır. Çalışma boyunca hastane yönetimi kalite birimi çalışanları ile koordineli çalışılmıştır. Hizmet kalitesini ölçmeye yönelik tasarlanan ölçüm aracının geliştirilmesinde, literatür taramalarından yararlanılarak Parasuraman, Zeithaml ve Berry tarafından geliştirilmiş olan SERVQUAL Metodu kullanılmıştır.

Hastanelere uyarlanmış hizmet kalitesinin ölçülmesine yönelik orijinal çalışma, problemin ve değişkenlerin tanımının yapılmasına yönelik olup keşfedici araştırmayı içermektedir. (Babakus ve Mangold 1992: 767–786) Bu sebeple, bu çalışmada keşfedici araştırmanın tekrar yapılmasına gerek görülmemiştir.

### **3.4. EVREN VE ÖRNEKLEM**

Araştırmada ana kütle olarak Alsancak ADSM’de son bir yıl içinde tedavi gören hastalar esas alınmıştır. Basit tesadüfî örneklem yöntemi kullanılarak, 76 diş ünitli ve yıllık 311.329 bakılan hasta için 168 anket bizzat hastalarla yüz yüze görüşülerek gerçekleştirilmiştir. Merkezin mümkün olan en fazla hizmetinden faydalanmış olanları dikkate alınarak, diş tedavi iş ve işlemleri devam eden veya tamamlanmış hastalara anket uygulaması gerçekleştirilmiştir. Araştırma Temmuz-Ağustos 2012’de yapılmıştır. Alsancak ADSM’de entegre klinik sistemi uygulandığı ve her hekim teşhisten itibaren hastaların tüm tedavi iş ve işlemlerini kendisi gerçekleştirdiği için anket uygulamasında klinik ayrımı yapılmamıştır.

### **3.5. ARAŞTIRMANIN METODOLOJİSİ**

Araştırma için gerekli onay prosedürü gerçekleştirilmiş ve merkezin kalite yönetim birimi ile merkezin HKS uygulamaları, çalışanlar ve merkezin alt yapısına dair bilgi edinme toplantıları yapılmıştır.

Araştırmada temel olarak “Nicel Araştırma Yöntemi” kullanılmıştır. Veri toplama aracı olarak, anket kullanılmıştır. Anketin tasarımında, ilgili konuda yapılmış daha önceki anket çalışmalarından yararlanılmıştır. Anket, demografik sorular hariç toplam 35 önermeden oluşmakta ve Ek 1’de verilmektedir. Ankette beklenti ve algıları değerlendiren 15’er sorunun dışında SERVQUAL ölçek boyutlarının önem derecesine göre sıralanmasını amaçlayan 5 soru da bulunmaktadır.

#### **3.5.1. Araştırmanın Değişkenleri**

Araştırmanın birinci grup değişkenleri hastaların satın aldıkları hizmet bakımından hastaneden beklentileridir. İkinci grup değişkenler, hastaların hastanenin sunduğu sağlık hizmetine yönelik algılarıdır. Bu bağlamda, araştırmanın bağımlı değişkeni, Algılanan Hizmet Kalitesi Puanıdır (SERVQUAL Puanı). Araştırmanın bağımsız değişkenleri ise; cinsiyet, yas, eğitim durumu, gelir düzeyi ve bağlı olduğu sosyal güvenlik kurumudur.

### 3.5.2. Araştırmanın Kısıtları

Araştırmanın en önemli kısıtları zaman, maliyet ve araştırmaya katılan hastaların sağlıklarıyla ilgili özel durumlarıdır. Hastaların sağlık durumlarının uygulamaya katılmaya elverişli olma durumu da örnek sayısını kısıtlayan etkenlerdendir. Bu durum nedeniyle örnek büyüklüğünü asgari düzeyde tutma zorunluluğu doğmuştur.

### 3.5.3. Hipotezler

Kitleler gösterdikleri olasılık dağılımları ile tanımlanırlar ve kitle hakkında verilecek kararlar, ancak bu dağılımlar bilindiği zaman kesinlik kazanır. Bununla birlikte her zaman kitledeki tüm bireylere ulaşmak mümkün olmadığından, kitleden çekilecek örneklem yardımıyla kitle parametreleri tahmin edilebilir. Kitle hakkında karar verirken ya tahmin yapılır ya da konuyla ilgili bir varsayımda bulunulur; ileri sürülen bu tip varsayımlara “hipotez” adı verilir. Genelde bir hipotezin doğru ya da yanlış olduğu ispatlanamaz; yalnızca rastgele değişkenin değerleri yardımı ile elde edilen bilgiler hipotezi desteklediğinde “hipotez reddedilemez” denebilir.

Sıfır Hipotezi ( $H_0$ ), test edilecek hipotezi gösterir. Test yapılmasının mantığı, daima, verilen teoriyi çürütüncüye kadar standart teoremin doğruluğuna inanmaktır.  $H_0$  hipotezinin reddedilip reddedilmemesi ile ilgili karar, kitleden çekilen örneklemdeki bilgilere dayanır ve karar verme işlemi örneklemdeki verilerden yararlanarak hesaplanan bir test istatistiğinin büyüklüğünün önceden belirlenen bir değer ile karşılaştırılması ile yapılır. Hipotez Testi ile hesaplanan değer, biri kabul diğeri ret bölgesi olan iki bölgeye ayrılmaktadır. Hesaplanan değer reddetme bölgesindeyse  $H_0$  hipotezi reddedilir, kabul bölgesinde ise  $H_0$  hipotezi reddedilemez (Boyacıoğlu ve Güneri, 2006: 36).

Buna göre, araştırmada kullanılan temel hipotezler:

- 1-  $H_0$ : Fiziksel özellikler boyutu algılama ve beklentiler açısından farklılık göstermektedir.
- $H_1$ : Fiziksel özellikler boyutu algılama ve beklentiler açısından farklılık göstermemektedir.

- 2- H0: Güvenilirlik boyutu algılama ve beklentiler açısından farklılık göstermektedir.  
H1: Güvenilirlik boyutu algılama ve beklentiler açısından farklılık göstermemektedir.
- 3- H0: Heveslilik boyutu algılama ve beklentiler açısından farklılık göstermektedir.  
H1: Heveslilik boyutu algılama ve beklentiler açısından farklılık göstermemektedir.
- 4- H0: Güven boyutu algılama ve beklentiler açısından farklılık göstermektedir.  
H1: Güven boyutu algılama ve beklentiler açısından farklılık göstermemektedir.
- 5- H0: Empati boyutu algılama ve beklentiler açısından farklılık göstermektedir.  
H1: Empati boyutu algılama ve beklentiler açısından farklılık göstermemektedir.

Araştırmada kullanılan diğer hipotezler:

1. H0: Fiziksel özellikler boyutuna verilen önem, cinsiyete göre farklılık göstermemektedir.  
H1: Fiziksel özellikler boyutuna verilen önem, cinsiyete göre farklılık göstermektedir.
2. H0: Güvenilirlik boyutuna verilen önem, cinsiyete göre farklılık göstermemektedir.  
H1: Güvenilirlik boyutuna verilen önem, cinsiyete göre farklılık göstermektedir.
3. H0: Heveslilik boyutuna verilen önem, cinsiyete göre farklılık göstermemektedir.  
H1: Heveslilik boyutuna verilen önem, cinsiyete göre farklılık göstermektedir.
4. H0: Güven boyutuna verilen önem, cinsiyete göre farklılık göstermemektedir.

H1: Güven boyutuna verilen önem, cinsiyete göre farklılık göstermektedir.

5. H0: Empati boyutuna verilen önem, cinsiyete göre farklılık göstermemektedir.

H1: Empati boyutuna verilen önem, cinsiyete göre farklılık göstermektedir.

6. H0: Fiziksel özellikler boyutuna verilen önem, yaşa göre farklılık göstermemektedir.

H1: Fiziksel özellikler boyutuna verilen önem, yaşa göre farklılık göstermektedir.

7. H0: Güvenilirlik boyutuna verilen önem, yaşa göre farklılık göstermemektedir.

H1: Güvenilirlik boyutuna verilen önem, yaşa göre farklılık göstermektedir.

8. H0: Heveslilik boyutuna verilen önem, yaşa göre farklılık göstermemektedir.

H1: Heveslilik boyutuna verilen önem, yaşa göre farklılık göstermektedir.

9. H0: Güven boyutuna verilen önem, yaşa göre farklılık göstermemektedir.

H1: Güven boyutuna verilen önem, yaşa göre farklılık göstermektedir.

10. H0: Empati boyutuna verilen önem, yaşa göre farklılık göstermemektedir.

H1: Empati boyutuna verilen önem, yaşa göre farklılık göstermektedir.

11. H0: Fiziksel özellikler boyutuna verilen önem, eğitim durumuna göre farklılık göstermemektedir.

H1: Fiziksel özellikler boyutuna verilen önem, eğitim durumuna göre farklılık göstermektedir.

12. H0: Güvenilirlik boyutuna verilen önem, eğitim durumuna göre farklılık göstermemektedir.

H1: Güvenilirlik boyutuna verilen önem, eğitim durumuna göre farklılık göstermektedir.

13. H0: Heveslilik boyutuna verilen önem, eğitim durumuna göre farklılık göstermemektedir.

H1: Heveslilik boyutuna verilen önem, eğitim durumuna göre farklılık göstermektedir.

14. H0: Güven boyutuna verilen önem, eğitim durumuna göre farklılık göstermemektedir.

H1: Güven boyutuna verilen önem, eğitim durumuna göre farklılık göstermektedir.

**15.** H0: Empati boyutuna verilen önem, eğitim durumuna göre farklılık göstermemektedir.

H1: Empati boyutuna verilen önem, eğitim durumuna göre farklılık göstermektedir.

**16.** H0: Fiziksel özellikler boyutuna verilen önem, gelir durumuna göre farklılık göstermemektedir.

H1: Fiziksel özellikler boyutuna verilen önem, gelir durumuna göre farklılık göstermektedir.

**17.** H0: Güvenilirlik boyutuna verilen önem, gelir durumuna göre farklılık göstermemektedir.

H1: Güvenilirlik boyutuna verilen önem, gelir durumuna göre farklılık göstermektedir.

**18.** H0: Heveslilik boyutuna verilen önem, gelir durumuna göre farklılık göstermemektedir.

H1: Heveslilik boyutuna verilen önem, gelir durumuna göre farklılık göstermektedir.

**19.** H0: Güven boyutuna verilen önem, gelir durumuna göre farklılık göstermemektedir.

H1: Güven boyutuna verilen önem, gelir durumuna göre farklılık göstermektedir.

**20.** H0: Empati boyutuna verilen önem, gelir durumuna göre farklılık göstermemektedir.

H1: Empati boyutuna verilen önem, gelir durumuna göre farklılık göstermektedir.

**21.** H0: Fiziksel özellikler boyutuna verilen önem, bağlı olunan sosyal güvenlik kurumuna göre farklılık göstermemektedir.

H1: Fiziksel özellikler boyutuna verilen önem, bağlı olunan sosyal güvenlik kurumuna göre farklılık göstermektedir.

**22.** H0: Güvenilirlik boyutuna verilen önem, bağlı olunan sosyal güvenlik kurumuna göre farklılık göstermemektedir.

H1: Güvenilirlik boyutuna verilen önem, bağlı olunan sosyal güvenlik kurumuna göre farklılık göstermektedir.

23. H0: Heveslilik boyutuna verilen önem, bağlı olunan sosyal güvenlik kurumuna göre farklılık göstermemektedir.

H1: Heveslilik boyutuna verilen önem, bağlı olunan sosyal güvenlik kurumuna göre farklılık göstermektedir.

24. H0: Güven boyutuna verilen önem, bağlı olunan sosyal güvenlik kurumuna göre farklılık göstermemektedir.

H1: Güven boyutuna verilen önem, bağlı olunan sosyal güvenlik kurumuna göre farklılık göstermektedir.

25. H0: Empati boyutuna verilen önem, bağlı olunan sosyal güvenlik kurumuna göre farklılık göstermemektedir.

H1: Empati boyutuna verilen önem, bağlı olunan sosyal güvenlik kurumuna göre farklılık göstermektedir.

### 3.6. VERİLERİN ANALİZİ

Araştırma verilerinin değerlendirilmesinde SPSS 16.0 (Statistical Package for Social Sciences) paket programı % 95 güven düzeyinde kullanılmıştır.

Araştırmada aşağıdaki analizler kullanılmıştır:

- a. Ölçeğin güvenilirliğini test etmek için Cronbach Alpha Analizi
- b. Bağımsız değişkenlerin karşılaştırma analizi için Bağımsız T Testi
- c. Gruplu değişkenlerin analizi için One Way Anova Testi

SERVQUAL ölçeğinin algılar ve beklentiler maddeleri 5’li Likert Ölçeğine göre düzenlenmiştir. Her bir soru önermesinde belirtilen puanlardan yalnızca 1 (Hiç Katılmıyorum) ve 5 (Kesinlikle Katılıyorum) için sözel ifadeler kullanılmıştır. Söz konusu özelliğe ne katılıyor, ne katılmıyorsa 3 numarayı işaretlemeleri araştırmaya katılanlardan istenmiştir.



SERVQUAL puanlarla ilgili olarak; SERVQUAL Puanı = Algılama Puanı - Beklenti Puanı olarak belirlendiğinden, SERVQUAL puanı -4 ile +4 arasında değişmektedir. SERVQUAL puanının pozitif bulunması, hasta beklentilerinin karşılandığı anlamına gelmekte, dolayısıyla hastaların hastane hizmetlerine yönelik kalite algısının yüksek olduğunu ifade etmektedir. SERVQUAL puanının negatif bulunması durumunda, hasta beklentilerinin karşılanmadığı, dolayısıyla hastaların hastane hizmetlerine yönelik kalite algısının düşük olduğu anlamına gelmektedir. SERVQUAL puanının sıfır olarak bulunması, hasta beklentilerinin en azından karşılandığı, dolayısıyla hastanenin hizmet kalitesinin tatminkâr olduğunu ifade etmektedir. Ayrıca, SERVQUAL puanlarının -4 veya +4'e yakınlığı ya da uzaklığı hastanenin hasta beklentilerini karşılama veya karşılayamama derecesi hakkında bilgi vermektedir.

### 3.6.1. Güvenilirlik Analizleri

Araştırmada kullanılan SERVQUAL Modelinin (5'li Likert Tipi Ölçek) güvenilirliğini ortaya koymak amacıyla "Cronbach's Alpha Analizi" yöntemi kullanılmıştır.

Cronbach's Alpha Analizi, bir grup değişkenin iç homojenliğinin saptanmasını, elde edilen bir alpha katsayısı ile mümkün kılmaktadır. Alpha 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 ölçeğin ortak değerinin içerisindeki payına, yani ölçeğin değerini ne kadar temsil ettiğine bakarak, söz konusu grup değişkenin güvenilirliğini belirlemektedir (Şeker kaya, 2000: 50).

Alpha katsayısının değerlendirilmesi (Özdamar, 1999: 512):

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

Araştırmada kullanılan SERVQUAL ölçeğinin beklentiler ve algılar bölümlerinin maddeleri üzerinde %95 güven düzeyinde SPSS 16.0 istatistiksel analiz programı kullanılarak ölçeğin tamamı ve kalite boyutları üzerinde güvenilirlik analizi uygulanmıştır. İki ankete yönelik yapılan güvenilirlik analizlerinin sonuçları aşağıda sunulmuştur:

**Tablo 10: Algılanan Hizmet Kalitesi Ölçeği Güvenilirlik Katsayıları**

<b>BOYUT</b>	<b>CRONBACH'S ALPHA</b>
Tüm Anket	0,9060
Fiziksel Özellikler Boyutu	0,7750
Güvenilirlik Boyutu	0,6300
Heveslilik Boyutu	0,6830
Güven Boyutu	0,7600
Empati Boyutu	0,6210

Tablo 10'de görüldüğü gibi Anketin tamamı için yüksek derecede güvenilir bulunmuş, tüm kalite boyutları için bulunan alpha katsayısı ise, ölçeğin oldukça güvenilir olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

**Tablo 11: Beklenen Hizmet Kalitesi Ölçeği Güvenilirlik Katsayıları**

<b>BOYUT</b>	<b>CRONBACH'S ALPHA</b>
Tüm Anket	0,8230
Fiziksel Özellikler Boyutu	0,6400
Güvenilirlik Boyutu	0,6220
Heveslilik Boyutu	0,6500
Güven Boyutu	0,7040
Empati Boyutu	0,6510

Tablo 11'te görüleceği gibi beklenen hizmet kalitesi ölçeği katsayıları tüm anket için yüksek derecede güvenilir; tüm kalite boyutları için oldukça güvenilir bulunmuştur.

Buna göre, her iki anket için yapılan güvenilirlik analizleri sonucunda anketin tamamı ve kalite boyutlarının güvenilir olduğu ortaya konmuştur.

$P(n)=(n)$ . İfade için SERVQUAL puanı

$A(n)=(n)$ . Algı ifadesinin puanı

$B(n)=(n)$ . Beklenti ifadesinin puanı

Ardından, her bir boyuta giren ifadelerin fark puanlarının toplamı alınarak söz konusu boyut içinde yer alan ifade sayısına bölünmüştür:

$$SQ(m)=(P(i1)+P(i2)+P(i3)...)/i$$

$SQ(m)=m$ . Faktör için ortalama fark puanı  $I=$  Boyut içindeki ifade sayısı

Faktörlerin puanları bulunduktan sonra her bir faktör puanı toplanarak faktör sayısına bölünmüştür:

$$\text{Ortalama SERVQUAL Puanı} = (SQ(m1)+SQ(m2)+SQ(m3)+SQ(m4)+SQ(m5)) / 5$$

$SQ(m)=m$ . Faktör için ortalama fark puanı

$M=$ Toplam faktör sayısı

**Tablo 13: Ortalama SERVQUAL Puanları**

	N	Minimum	Maksimum	Ortalama	St. Sapma
Fiziksel Özellikler	168	-1,3333	0,0000	-0,9484	0,1924
Güvenilirlik	168	-2,6667	0,6667	-0,7063	0,7144
Heveslilik	168	-3,6667	1,0000	-0,6687	0,7369
Güven	168	-2,7500	1,0000	-0,7574	0,7042
Empati	168	-3,5000	2,0000	-0,2589	0,9209
<b>Ortalama SERVQUAL Puanı</b>				<b>-0,6680</b>	

Tablo 13'te görüldüğü gibi Alsancak ADSM'nin hizmet kalitesi, aldığı -,6680 SERVQUAL puanı ile hastaları tarafından düşük algılanmaktadır. Hastaların her bir kalite boyutuna verdikleri önem düzeyinin tespit edilmesinin ardından hesaplanacak ağırlıklandırılmış SERVQUAL puanlarına göre analiz yapılacaktır.

Anketin dördüncü bölümünde, ankete katılan hastaların, her bir kalite boyutuna verdikleri önem düzeyleri tespit edilmiştir:

**Tablo 14: Kalite Boyutlarının Önem Derecelerine Göre Ağırlıklandırılması**

	N	Ortalama	St. Sapma
Fiziksel Özellikler	168	0,20	0,1021
Güvenilirlik	168	0,29	0,1350
Heveslilik	168	0,19	0,0836
Güven	168	0,18	0,0719
Empati	168	0,14	0,0886

Analizin sonucunda; araştırmaya katılan hastaların en fazla güvenilirlik boyutuna(%29), ikinci olarak fiziksel özellikler boyutuna(%20), ardından hemen hemen aynı oranda heveslilik(%19) ve güven boyutuna(%18), en düşük oranda da empati boyutuna (%14) önem verdiği belirlenmiştir.

Ağırlıklandırılmış SERVQUAL puanını hesaplamak için saptanan ağırlıklar ve ait oldukları puan çarpılmıştır.

Ağırlıklandırılmış SERVQUAL Puanı=

$$(SQ1 \times 0,2019 + SQ2 \times 0,2415 + SQ3 \times 0,1960 + SQ4 \times 0,1927 + SQ5 \times 0,1677) / 5$$

**Tablo 15: Ağırlıklandırılmış SERVQUAL Puanı**

	N	Minimum	Maksimum	Ortalama	St. Sapma
Fiziksel Özellikler	168	-0,2667	0,0000	-0,1897	0,0384
Güvenilirlik	168	-0,7733	0,1933	-0,2048	0,2072
Heveslilik	168	-0,6967	0,1900	-0,1255	0,1400
Güven	168	-0,4950	0,1800	-0,1369	0,1262
Empati	168	-0,4900	0,3500	-0,0268	0,1408
<b>Ağırlıklandırılmış SERVQUAL Puanı</b>				<b>-0,1367</b>	

Önem dereceleri yardımıyla hesaplanan ağırlıklandırılmış SERVQUAL puanı değerlendirmesi sonucunda Alsancak Ağız ve Sağlığı Merkezi'nin aldığı -0,1367 puan hasta beklentilerinin karşılanmadığı, dolayısıyla hastaların hastane hizmetlerine yönelik kalite algısının düşük olduğu anlamına gelmektedir. Başka bir ifadeyle Alsancak Ağız ve Sağlığı Merkezi beklenenden düşük kalitede hizmet sunmaktadır.

Boyutlar bazında incelendiğinde hizmet kalitesine yönelik beş boyuta ait kalite algısının negatif olduğu görülmektedir. En düşük puanı -0,2048 ile güvenilirlik almıştır. Ardından -0,1897 ile fiziksel özellikler, -0,1369 ile güven, -0,1255 ile heveslilik ve -0,0268 ile empati boyutu yer almaktadır.

### 3.6.4. Hipotez Testleri

Rastlantısal olarak seçilmiş olan örneklemelerden elde edilen sonuçların değerleri hakkında sonuçları saptamak amacıyla hipotez testleri yapılmıştır.

Hizmet kalitesi boyutlarına verilen önemin algılama ve beklentiye göre farklılık gösterip göstermediği sonucunu çıkarmayı amaçlayan aşağıdaki hipotezler % 95 Güven aralığında İlişkili Örneklemeler İçin T Testi ile test edilmiştir. P değerine bakılarak %5 hata payı için hipotez sonuçları değerlendirilmiştir ( $P > 0,05$  ise  $H_0$  Kabul,  $P < 0,05$  ise  $H_0$  Red).

$H_0$ : Fiziksel özellikler boyutu algılama ve beklentiler açısından farklılık göstermemektedir.

$H_1$ : Fiziksel özellikler boyutu algılama ve beklentiler açısından farklılık göstermektedir.

$P = 0,036$   $H_0$  RED

$H_0$ : Güvenilirlik boyutu algılama ve beklentiler açısından farklılık göstermemektedir.

$H_1$ : Güvenilirlik boyutu algılama ve beklentiler açısından farklılık göstermektedir.

$P = 0,012$   $H_0$  RED

$H_0$ : Heveslilik boyutu algılama ve beklentiler açısından farklılık göstermemektedir.

$H_1$ : Heveslilik boyutu algılama ve beklentiler açısından farklılık göstermektedir.

$P = 0,145$   $H_0$  Kabul

$H_0$ : Güven boyutu algılama ve beklentiler açısından farklılık göstermemektedir.

$H_1$ : Güven boyutu algılama ve beklentiler açısından farklılık göstermektedir

$P = 0,001$   $H_0$  RED

H0: Empati boyutu algılama ve beklentiler açısından farklılık göstermemektedir.

H1: Empati boyutu algılama ve beklentiler açısından farklılık göstermektedir.

P=0,025 H0 RED

Sonuçlar incelendiğinde hizmet kalitesi boyutlarına verilen önemin algılama ve beklentiye göre heveslilik boyutu dışındaki tüm boyutlarda farklılık gösterdiği görülmektedir. Bu sonuçlar, eğitim seviyesindeki artışın yanı sıra iletişim teknolojisindeki ilerlemeler nedeniyle her konuda bilgiye ulaşılmasının daha kolaylaşması, dolayısıyla beklentilerin hep bir adım önde olmasıyla açıklanabilir.

#### **a. Cinsiyete Göre Değerlendirme**

Hizmet kalitesi boyutlarına verilen önemin cinsiyete göre farklılık gösterip göstermediği sonucunu çıkarmayı amaçlayan aşağıdaki hipotezler % 95 Güven aralığında Bağımsız T Testi ile test edilmiştir. P değerine bakılarak %5 hata payı için hipotez sonuçları değerlendirilmiştir (P>0,05 ise H0 Kabul, P<0,05 ise H0 Red).

H0: Fiziksel özellikler boyutuna verilen önem, cinsiyete göre farklılık göstermemektedir.

H1: Fiziksel özellikler boyutuna verilen önem, cinsiyete göre farklılık göstermektedir.

P=0,985 H0 Kabul

H0: Güvenilirlik boyutuna verilen önem, cinsiyete göre farklılık göstermemektedir.

H1: Güvenilirlik boyutuna verilen önem, cinsiyete göre farklılık göstermektedir.

P=0,652 H0 Kabul

H0: Heveslilik boyutuna verilen önem, cinsiyete göre farklılık göstermemektedir.

H1: Heveslilik boyutuna verilen önem, cinsiyete göre farklılık göstermektedir.

P=0,504 H0 Kabul

H0: Güven boyutuna verilen önem, cinsiyete göre farklılık göstermemektedir.

H1: Güven boyutuna verilen önem, cinsiyete göre farklılık göstermektedir.

P=0,970 H0 Kabul

H0: Empati boyutuna verilen önem, cinsiyete göre farklılık göstermemektedir.

H1: Empati boyutuna verilen önem, cinsiyete göre farklılık göstermektedir.

P=0,904 H0 Kabul

Buna göre; hizmet kalitesi boyutlarına verilen önemin cinsiyete göre farklılık göstermediği görülmektedir.

## b. Yaşa Göre Değerlendirme

**Tablo 16: Yaşa Göre SERVQUAL Ortalama Puanları**

Yaş Aralığı	N	Fiziksel Özellikler	Güvenilirlik	Heveslilik	Güven	Empati
18-25	36	-0,96296	-0,81481	-0,65740	-0,73611	-0,06944
26-35	42	-0,88888	-0,81746	-0,70634	-0,81547	-0,28571
36-49	58	-0,97126	-0,61494	-0,63218	-0,75000	-0,34482
50 yaş ve üstü	32	-0,96875	-0,71650	-0,65625	-0,71875	-0,21875

Hizmet kalitesi boyutlarına verilen önemin yaşa göre farklılık gösterip göstermediği sonucunu çıkarmayı amaçlayan aşağıdaki hipotezler %95 güven aralığında One Way Anova Testi ile değerlendirilmiştir. P Değerine bakılarak %5 hata payı için hipotez sonuçları değerlendirilmiştir. Hizmet kalitesi boyutlarına verilen önemin yaşa göre farklılık göstermesi durumunda Tablo 16'ya göre sonuçlar değerlendirilmiştir.

H0: Fiziksel özellikler boyutuna verilen önem, yaşa göre farklılık göstermemektedir.

H1: Fiziksel özellikler boyutuna verilen önem, yaşa göre farklılık göstermektedir.

P=0,146 H0 Kabul

H0: Güvenilirlik boyutuna verilen önem, yaşa göre farklılık göstermemektedir.

H1: Güvenilirlik boyutuna verilen önem, yaşa göre farklılık göstermektedir.

P=0,332 H0 Kabul

H0: Heveslilik boyutuna verilen önem, yaşa göre farklılık göstermemektedir.

H1: Heveslilik boyutuna verilen önem, yaşa göre farklılık göstermektedir.

P=0,970 H0 Kabul

H0: Güven boyutuna verilen önem, yaşa göre farklılık göstermemektedir.

H1: Güven boyutuna verilen önem, yaşa göre farklılık göstermektedir.

P=0,938 H0 Kabul

H0: Empati boyutuna verilen önem, yaşa göre farklılık göstermemektedir.

H1: Empati boyutuna verilen önem, yaşa göre farklılık göstermektedir.

P=0,568 H0 Kabul

Bu sonuçlara göre; hizmet kalitesi boyutlarına verilen önem yaşa göre farklılık göstermemektedir.

### c. Eğitim Durumuna Göre Değerlendirme

**Tablo 17: Eğitim Durumuna Göre SERVQUAL Puanları**

Eğitim	N	Fiziksel Özellikler	Güvenilirlik	Heveslilik	Güven	Empati
İlkokul	37	-0,9729	-0,6846	-0,6756	-0,7500	-0,5675
Ortaokul	23	-0,9565	-0,6956	-0,6521	-0,8369	-0,2608
Lise	49	-0,9727	-0,7394	-0,5442	-0,5918	-0,0714
Meslek Yüksekokulu	13	-0,9487	-0,9487	-0,8974	-1,0769	-0,4615
Üniversite ve Yüksek Lisans	46	-0,8985	-0,8318	-0,7101	-0,8097	-0,2608

Hizmet kalitesi boyutlarına verilen önemin eğitim durumuna göre farklılık gösterip göstermediğini sonucunu çıkarmayı amaçlayan aşağıdaki hipotezler %95 güven aralığında One Way Anova Testi ile değerlendirilmiştir. P Değerine bakılarak %5 hata payı için hipotez sonuçları değerlendirilmiştir. Hizmet kalitesi boyutlarına verilen



önemin eğitim durumuna göre farklılık göstermesi durumunda sonuçlar Tablo 17'den yararlanılarak değerlendirilmiştir.

H0: Fiziksel özellikler boyutuna verilen önem, eğitim durumuna göre farklılık göstermemektedir.

H1: Fiziksel özellikler boyutuna verilen önem, eğitim durumuna göre farklılık göstermektedir.

P=0,346 H0 Kabul

H0: Güvenilirlik boyutuna verilen önem, eğitim durumuna göre farklılık göstermemektedir.

H1: Güvenilirlik boyutuna verilen önem, eğitim durumuna göre farklılık göstermektedir.

P=0,038 H0 Red

H0: Heveslilik boyutuna verilen önem, eğitim durumuna göre farklılık göstermemektedir.

H1: Heveslilik boyutuna verilen önem, eğitim durumuna göre farklılık göstermektedir.

P=0,601 H0 Kabul

H0: Güven boyutuna verilen önem, eğitim durumuna göre farklılık göstermemektedir.

H1: Güven boyutuna verilen önem, eğitim durumuna göre farklılık göstermektedir.

P=0,207 H0 Kabul

H0: Empati boyutuna verilen önem, eğitim durumuna göre farklılık göstermemektedir.

H1: Empati boyutuna verilen önem, eğitim durumuna göre farklılık göstermektedir.

P=0,027 H0 Red

Bu sonuçlar Tablo 17'den faydalanarak değerlendirildiğinde;

- Hizmet kalitesi güvenilirlik boyutuna verilen önemin eğitim durumuna göre farklılık göstermektedir. Bu boyuta en düşük puan, meslek yüksekokulu ile üniversite ve yüksek lisans grubundaki hastalar tarafından verilmiştir.
- Hizmet kalitesi empati boyutuna verilen önemin eğitim durumuna göre farklılık göstermektedir. Bu boyuta en düşük puan, ilkokul mezunu grubundaki hastalar tarafından verilmiştir.

#### d. Gelir Durumuna Göre Değerlendirme

**Tablo 18: Gelir Durumuna Göre SERVQUAL Puanları**

Aylık Gelir	N	Fiziksel Özellikler	Güvenilirlik	Heveslilik	Güven	Empati
1000 TL altı	84	-0,9365	-0,4373	-0,6071	-0,7380	-0,4047
1000-1999	51	-0,9738	-0,9745	-0,7254	-0,8529	-0,0098
2000 TL ve üstü	33	-0,9393	-1,2514	-0,6969	-0,6590	-0,2121

Hizmet kalitesi boyutlarına verilen önemin aylık gelir durumuna göre farklılık gösterip göstermediğini sonucunu çıkarmayı amaçlayan aşağıdaki hipotezler %95 güven aralığında One Way Anova Testi ile değerlendirilmiştir. P Değerine bakılarak %5 hata payı için hipotez sonuçları değerlendirilmiştir. Hizmet kalitesi boyutlarına verilen önemin aylık gelir durumuna göre farklılık göstermesi durumunda sonuçlar Tablo 18'den yararlanılarak değerlendirilmiştir.

H0: Fiziksel özellikler boyutuna verilen önem, gelir durumuna göre farklılık göstermemektedir.

H1: Fiziksel özellikler boyutuna verilen önem, gelir durumuna göre farklılık göstermektedir.

P=0,531 H0 Kabul

H0: Güvenilirlik boyutuna verilen önem, gelir durumuna göre farklılık göstermemektedir.

H1: Güvenilirlik boyutuna verilen önem, gelir durumuna göre farklılık göstermektedir.

P=0,021 H0 Red

Araştırmaya katılan hastalardan aylık gelir durumu arttıkça hastanenin verdikleri puanların azaldığı ve güvenilirlik kalitesini daha düşük düzeyde algıladıkları gözlenmektedir.

H0: Heveslilik boyutuna verilen önem, gelir durumuna göre farklılık göstermemektedir.

H1: Heveslilik boyutuna verilen önem, gelir durumuna göre farklılık göstermektedir.

P=0,636 H0 Kabul

H0: Güven boyutuna verilen önem, gelir durumuna göre farklılık göstermemektedir.

H1: Güven boyutuna verilen önem, gelir durumuna göre farklılık göstermektedir.

P=0,444 H0 Kabul

H0: Empati boyutuna verilen önem, gelir durumuna göre farklılık göstermemektedir.

H1: Empati boyutuna verilen önem, gelir durumuna göre farklılık göstermektedir.

P=0,056 H0 Kabul

Bu sonuçlara göre; güvenilirlik boyutuna verilen önem, aylık gelir durumuna göre farklılık göstermekteyken; fiziksel özellikler, güven, heveslilik ve empati boyutuna verilen önem gelir durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

#### e. Sosyal Güvenlik Kurumuna Göre Değerlendirme

**Tablo 19: Sosyal Güvenlik Durumuna Göre SERVQUAL Puanları**

Sosyal Güvenlik	N	Fiziksel Özellikler	Güvenilirlik	Heveslilik	Güven	Empati
Emekli Sandığı	32	-0,9791	-0,5312	-0,5208	-0,7500	-0,1875
S.S.K.	123	-0,9457	-0,7317	-0,6720	-0,7337	-0,2317
Bağ – Kur ve Diğer	13	-0,8974	-0,8974	-0,8974	-1,0000	-0,5384

Hizmet kalitesi boyutlarına verilen önemin bağlı olunan sosyal güvenlik kurumuna göre farklılık gösterip göstermediğini sonucunu çıkarmayı amaçlayan aşağıdaki hipotezler

%95 güven aralığında One Way Anova Testi ile değerlendirilmiştir. P Değerine bakılarak %5 hata payı için hipotez sonuçları değerlendirilmiştir.

H0: Fiziksel özellikler boyutuna verilen önem, bağlı olunan sosyal güvenlik kurumuna göre farklılık göstermemektedir.

H1: Fiziksel özellikler boyutuna verilen önem, bağlı olunan sosyal güvenlik kurumuna göre farklılık göstermektedir.

P=0,421 H0 Kabul

H0: Güvenilirlik boyutuna verilen önem, bağlı olunan sosyal güvenlik kurumuna göre farklılık göstermemektedir.

H1: Güvenilirlik boyutuna verilen önem, bağlı olunan sosyal güvenlik kurumuna göre farklılık göstermektedir.

P=0,225 H0 Kabul

H0: Heveslilik boyutuna verilen önem, bağlı olunan sosyal güvenlik kurumuna göre farklılık göstermemektedir.

H1: Heveslilik boyutuna verilen önem, bağlı olunan sosyal güvenlik kurumuna göre farklılık göstermektedir.

P=0,287 H0 Kabul

H0: Güven boyutuna verilen önem, bağlı olunan sosyal güvenlik kurumuna göre farklılık göstermemektedir.

H1: Güven boyutuna verilen önem, bağlı olunan sosyal güvenlik kurumuna göre farklılık göstermektedir.

P=0,435 H0 Kabul

H0: Empati boyutuna verilen önem, bağlı olunan sosyal güvenlik kurumuna göre farklılık göstermemektedir.

H1: Empati boyutuna verilen önem, bağlı olunan sosyal güvenlik kurumuna göre farklılık göstermektedir.

P=0,492 H0 Kabul

Bu sonuçlara göre; hizmet kalitesinin tüm boyutlarına verilen önem, bağlı olunan sosyal güvenlik kurumuna göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

**Tablo 20: Hipotez Test Sonuçları**

	Cinsiyet	Yaş	Sosyal Güvenlik Kurumu	Eğitim	Aylık Gelir
Fiziksel Özellik	Fark Yok	Fark Yok	Fark Yok	Fark Yok	Fark Yok
Güvenilirlik	Fark Yok	Fark Yok	Fark Yok	Fark VAR	Fark VAR
Heveslilik	Fark Yok	Fark Yok	Fark Yok	Fark Yok	Fark Yok
Güven	Fark Yok	Fark Yok	Fark Yok	Fark Yok	Fark Yok
Empati	Fark Yok	Fark Yok	Fark Yok	Fark VAR	Fark Yok

Hizmet kalitesi boyutlarına ait algıların cinsiyet, yaş, bağlı olunan sosyal güvenlik kurumu, eğitim seviyesi ve aylık gelire göre farklılık gösterip göstermediğine ilişkin hipotez test sonuçları Tablo 20’de toplu olarak gösterilmiştir.

## SONUÇ VE DEĞERLENDİRME

Sağlık Bakanlığı'na bağlı bir kamu ağız ve diş sağlığı merkezinden hizmet alan hastaların ağız ve diş sağlığı hizmetlerine ilişkin beklenen ve algılanan kalite düzeyini ölçmeyi ve hizmet kalitesinin hastaların demografik ve sosyokültürel özellikleriyle olan ilişkisini incelemeyi amaçlayan bu araştırmanın sonucunda toplanan veriler analiz edilerek, ADSM'nin algılanan hizmet kalitesi puanı, boyutlar bazında genel olarak belirlenmiş ve kurulan hipotezler çevresinde bu puanların demografik ve sosyo-kültürel özelliklerle ilişkileri değerlendirilmiştir.

Araştırmada elde edilen önemli bulguların başında hasta bakış açısı ile hizmet kalitesi boyutlarının önem derecelerinin tespit edilmesi gelmektedir. Araştırmaya katılan hastaların hizmet kalitesi boyutlarına ilişkin puanlamalarından elde edilen verilerle önem düzeyine göre bir sırlama yapıldığında; ilk sırayı güvenilirlik boyutunun (%29), ikinci sırayı fiziksel özellikler boyutunun (%20), ardından hemen hemen aynı oranda heveslilik (%19) ve güven boyutunun (%18) ve son olarak da empati boyutunun (%14) oluşturduğu görülmektedir. Bu noktada SERVQUAL analizine ilişkin literatür incelendiğinde, sağlık işletmelerinde gerçekleştirilen çalışmalarda; Sevimli (2006), ankete katılan hastaların en fazla güvenilirlik boyutuna, daha sonra sırasıyla heveslilik, empati, fiziksel özellikler ve güven boyutuna; Özaktan (2008), hastaların en fazla güvenilirlik boyutuna, ardından sırasıyla fiziki özellikler, heveslilik, güven ve empati boyutuna; Kuzu (2010), hastaların en fazla güvenilirlik boyutuna, ardından sırasıyla güven, heveslilik, empati ve fiziksel özellikler boyutuna önem verdiklerini saptamıştır. Bu bağlamda hastane işletmelerinde güvenilirlik hizmet kalitesi boyutunun hastalar tarafından en önemli hizmet kalitesi boyutu olarak değerlendirilmesine literatürde de sıklıkla rastlanmaktadır.

Ağız ve Diş Sağlığı işletmelerinde sunulan hizmetin doğrudan insan odaklı olması, hizmetin doğru ve güvenilir şekilde yerine getirilmesi gerekliliğini ortaya koymaktadır. Dolayısıyla güvenilirlik boyutunun hastalar tarafından en önemli hizmet kalitesi boyutu olarak değerlendirilmesi şaşırtıcı değildir. Bu sonuç, Alsancak ADSM

yönetimi ve çalışanlarınca öncelikli olarak üzerinde durması gereken hususun kurumun güvenilirliği olduğunu göstermektedir.

Merkezin teknolojik donanımına ve görsel malzemelerine verilen önemin yüksek çıkmasının (%20) nedeni, doğru teşhis ve tedavinin teknik donanımın kalitesi ile sağlanabileceğine ilişkin kanı olabilir. Fiziksel özellikler boyutuna ilişkin soru önermelerinden biri de ADSM çalışanlarının temiz ve şık görünümlü olup olmadıklarına ilişkin ifadedir. Hastaların, temiz ve bakımlı bir çalışanın kendine gösterdiği özeni hastalarına da göstereceği ve bunun da kaliteyi artıracığı inancının bu boyuta verilen puana etki ettiği düşünülmektedir.

Merkez çalışanlarının hizmet sunumundaki isteklilik, hastaların çalışanlardan bekledikleri saygı gibi konuları ifade eden heveslilik boyutu ile merkeze duydukları güven boyutu, araştırmaya katılan hastalarca yaklaşık aynı oranda önemsenmektedir. Her iki boyut da neredeyse fiziksel özellikler kadar önemli bulunmuştur. Ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin özel uzmanlık gerektirmesi sebebiyle hastanın hizmet sunanlara kendisini psikolojik olarak bağımlı hissetmesi, tedavisi boyunca kendisine hizmet veren sağlık profesyonellerinin bilgi ve deneyimlerine güvenmek istemesi ve çalışanların hizmet sunmada istekli olması hizmet kalitesi boyutlarını değerlendirmede hastalara yol göstermektedir. Hastalara gösterilen bireysel ilgiyi ifade eden empati boyutu ise, hastaların kalite algısı açısından en az önemli bulunmuştur. Bu sonucun anket uygulaması sırasında hastalara bu boyuta ilişkin soruların hastaların değişen kişisel ihtiyaçlarının farklılık göstermesine yönelik olduğu belirtilmesine rağmen, merkezin kamu kurumu olması nedeniyle, hastaların boyutu ayrıcalık tanıma veya başka bir deyişle torpil olarak algılanmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Söz konusu önem dereceleri yardımıyla yapılan Ağırlıklandırılmış SERVQUAL Puanı değerlendirmesine göre; Alsancak ADSM'nin aldığı puan -0,1367 olarak hesaplanmıştır. Deveci (2005), SERVQUAL skorunun pozitif bulunmasının, hasta beklentilerinin aşıldığı anlamına geldiğini, dolayısıyla hastaların sağlık hizmetlerine yönelik kalite algısının yüksek olduğu yorumunun yapılabileceğini belirtmektedir. SERVQUAL skorunun negatif olması durumunda, hasta beklentilerinin karşılanmadığı,

dolayısıyla hastaların hastane hizmetlerine yönelik kalite algısının düşük olduğu anlamına gelecektir. SERVQUAL skorunun sıfır olması durumunda ise, hasta beklentilerinin en azından karşılandığı, dolayısıyla hastanenin algılanan hizmet kalitesinin tatminkar olduğu sonucu çıkartılabilecektir. Diğer taraftan hastanelerin algılanan hizmet kalitesini değerlendirmede hesaplanan negatif ve pozitif skorların derecesi de önem taşımaktadır. Örneğin SERVQUAL skorunun + 4' e yaklaşması hasta beklentilerinin yüksek düzeyde karşılandığı anlamına gelirken, skorun - 4' e yaklaşması durumunda ise hasta beklentilerinin hiç karşılanmadığı sonucu çıkartılabilmektedir. Bu çerçevede Alsancak ADSM hizmet kalitesi puanının tatminkar düzeye yakın olmakla birlikte az da olsa düşük olduğu tespit edilmiştir. Alsancak ADSM hizmet kalitesine ilişkin tüm boyutlar eksi değer almıştır. Bu sonuçlar doğrultusunda merkezin hizmet kalitesini artırmaya yönelik beş boyutu da kapsayan çeşitli iyileştirmeler yapabileceği ifade edilebilir.

Araştırmaya katılan hastaların hizmet kalitesi boyutlarına ilişkin puanlamalarından elde edilen veriler incelendiğinde en düşük puanı, hastaların ikinci sırada önem verdiği hizmet kalitesi boyutu olan fiziksel özellikler boyutu almıştır. Bunun en önemli nedeni merkezin mevcut mekan yapısına göre oldukça fazla sayıda diş hekiminin istihdam edilmiş olmasıdır. Merkezin Sağlık Bakanlığına devrinden önce Sosyal Sigortalar Kurumuna bağlı Ege Bölgesindeki tek merkez olması dolayısıyla da özellikle Sosyal Sigortalar Kurumuna bağlı hastaların hasta hinterlandında önemli bir yer tutması da mekansal sıkıntıyı arttırmaktadır. Ayrıca fiziksel yapının düzenlenmesindeki bazı eksikler, zaman zaman devam eden tadilatlar nedeniyle oluşan görüntü ve ses kirliliği fiziksel özellikleri boyutunun olumsuz algılanmasına neden olmaktadır.

En düşük ikinci puanı alan güven boyutu; çalışanların bilgili ve nazik olmaları, hastalarda güven duygusu uyandırabilme becerileri ile açıklanmaktadır. Boyutun içinde yer alan kavramları detaylandırmak gerekirse, verilen hizmetler konusunda risk ve şüphelerin olmamasından, hizmetleri gerçekleştirebilmek için gerekli bilgi ve deneyime sahip olmaktan, müşterilerle doğrudan iletişimde bulunan personelin kibar, düşünceli, saygılı ve samimi olmasından söz edebiliriz. Bölgenin birçok il ve ilçesinden, çok çeşitli



demografik ve sosyokültürel düzeyde hastaların tedavi gördüğü referans bir hastane konumunda olan Alsancak ADSM'nin hasta yoğunluğunun fazla olması ve merkezde uygulanan performansa dayalı ek ödeme sisteminin hastalar tarafından yeterince bilinmemesi gibi faktörlerin, merkezin güvenilirlik boyutu puanını etkilediği düşünülmektedir.

Hipotez testleri sonucunda; hizmet kalitesi boyutlarına verilen önem, cinsiyet, yaş ve bağlı olunan sosyal güvenlik göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

Ankete katılan hastaların eğitim durumuna göre, güvenilirlik boyutuna verilen önem farklılık göstermektedir. Bu ölçümde meslek yüksek okulu, üniversite ile yüksek lisans ve üstü eğitim almış hastaların oluşturduğu gruplar, diğer eğitim gruplarına kıyasla daha düşük bir puanlama yapmıştır. Bu sonuç, eğitim seviyesi arttıkça algılanan kalite düzeyinin düşmekte olduğu şeklinde yorumlanabilir. Bu farklılığın, eğitim seviyesi arttıkça insanların beklentilerinin artmasından ve değerlendirmelerinde daha ayrıntıcı olmalarından kaynaklandığı düşünülebilir.

Empati boyutuna en düşük puanı ilkokul mezunu hasta gurubunun vermesi, yukarıdaki paragrafta da belirtilmeye çalışıldığı gibi, hastalar tarafından soruların kişisel ihtiyaçlara göre bir yaklaşım olarak değil de ayrımcılık olarak algılanmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan hastaların aylık gelir durumu ile hizmet kalitesi boyutları arasındaki ilişki incelendiğinde, katılımcı hastalardan aylık gelir durumu arttıkça hastanenin güvenilirlik kalitesine verdikleri puanların daha düşük olduğu, dolayısıyla merkezin güvenilirlik düzeyini daha düşük algıladıkları görülmektedir. Bu sonucun, aylık geliri yüksek hastaların sağlık hizmetini, sahip oldukları ekonomik güç ile başka bir birimden daha güvenilir alabilme alternatifine sahip olmalarından kaynaklandığı söylenebilir. Buna karşılık fiziksel özellikler, heveslilik, güven ve empati boyutuna verilen önem gelir durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

Elde edilen sonuçlar doğrultusunda Alsancak ADSM'nin mevcut hinterlandını karşılamak üzere ek bir tesisin oluşturulması düşünülebilir. Ayrıca HKS doğrultusunda

oluşturulan Bakım Planı ve yapılan Bina Turları ile elde edilen verilerin iyileştirmeleri ile fiziksel boyutta mesafe kat edilebilir. Tıbbi cihazlar ve diğer malzemelerin iyi yönetimi de bu boyuta katkı sağlayacaktır. Güvenirlilik boyutunda ise ele alınması gereken en önemli unsur hastaların kendilerine konulan teşhis ile tedavi planlamasını bilmeleri ve hatta katılımlarının sağlanmasıdır. Bu nedenle her hastadan Hasta Bilgilendirme ve Dental Tedavi Onam Form'unun alınması büyük önem taşımaktadır. Eğitim Planı doğrultusunda hasta ve çalışanlara verilen eğitimler genişletilerek sürdürülmelidir. Verilen bu eğitimlerin hastalara yansıtılması hizmet kalitesi ölçeğinin güven boyutuna olumlu olarak yansıtacaktır. HKS'nin muayene ve tedavi sürelerine getirdiği standartların hastalar tarafından bilinmesi ve çalışanlarca uyulması durumunda hastalarda merkeze olan güven duygusu artacaktır. HKS'nin engelli hastalar için düzenlediği standartların (engelli hasta araba park yeri, asansör sesli uyarı sistemi, görme engelliler için hissedilebilir yürüme yolları gibi) yerine getirilmesi ise, hizmet kalitesi ölçeğinin empati boyutunu arttıracaktır. Hizmet kalitesi ölçeğinin heveslilik boyutu için ise, merkezin karşılama ve yönlendirme ile danışma ve hasta kayıt kabul elemanlarının iyi seçilmesi ve iyi eğitilmesi gereklidir. Bu önermelerde dikkati çeken nokta; hizmet kalite ölçeği boyutlarının aslında HKS'nin koyduğu standartlarda var olduğu, uyulması ve hastalara yansıtılması durumunda hastaların olumlu algılama düzeyinin de artacağıdır.

SERVQUAL analizinin hizmet kalitesine yönelik hasta beklenti ve algılarını her bir boyut için ayrı ayrı ölçme imkanı sağlaması, hastane işletmelerinin sunduğu hizmetlerin kalitesinin değerlendirilmesi açısından hastane yöneticilerine önemli bilgiler sağlamaktadır. Sağlık işletmelerinde, hizmeti sunanlarla hizmeti alanlar sürekli temas halinde olduğundan, hizmet sunum sürecinde yapılacak yapısal değişiklikler hastalar tarafından çok çabuk algılanacaktır. Ayrıca, hastalar hizmet aldıkları hastanelere ve doktorlara duydukları güven ve sağlıklarıyla ilgili kayıtların tek bir kurumda tutulması gibi nedenlerle, hizmet aldıkları kurumu değiştirmeme eğilimindedir. Dolayısıyla hastalar uzun süredir hizmet aldıkları hastanedeki işleyişte yapılan değişiklikleri çok çabuk fark edeceklerdir. Bu bağlamda, 2005'ten bu yana Türkiye'deki tüm sağlık kurumlarında yürürlükte olan Hizmet Kalite Standartları Yönetimi ile sağlık

işletmelerindeki yapısal değişikliklerin hizmeti alanlar üzerindeki olumlu ya da olumsuz etkileri de SERVQUAL Modeliyle ölçülebilir.

Temmuz 2002’de Kalite Yönetim Sistemi ile belgelenen ve 2005 yılından itibaren de HKS uygulamalarının gerçekleştirildiği Alsancak ADSM’de hizmet kalitesi standartlarını yerine getirmeye yönelik sürdürülen kalite iyileştirme çalışmaları ile akreditasyon girişimlerinin, bu araştırma verilerine göre düşük çıkan hizmet kalitesi düzeyini yükselteceği düşünülmektedir.

Bu bağlamda, akreditasyon belgesi edinildikten sonra, merkezin hizmet kalitesi konusunda çalışılarak, SERVQUAL puanının yeniden hesaplanması, kalite belgesinin hastaların kalite algısı üzerindeki etkisinin saptanmasını sağlayacaktır. Bu araştırmaların periyodik aralıklarla yapılmasının hastaların o anki hizmet kalitesi algısını öğrenmede, algılanan kalite düzeylerini izlemede, hastanenin kalite politikasını yönlendirmede yararlı olacağı, kıt kaynaklarının daha verimli kullanılmasını sağlayacağı, rekabet politikalarında belirleyici olacağı düşünülmektedir.

## KAYNAKÇA

### Kitap

Akar, Ç., Özalp, H. (2000). *Sağlık Hizmetlerinde ve İşletmelerinde Yönetim* Ankara: Somgür Yayıncılık.

Akın, A., Ermumcu, G. ve Üstünoğlu, N. (1997). *Bilgi-Eğitim-İletişim Desteğinin Aile Planlaması Hizmet Sunumuna Etkisi. Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü.* Ankara: Yeni Fersa Matbaacılık.

Ayanoğlu, M. (2006). *Üretim Yönetimi.* Sakarya: Sakarya Kitabevi.

Bozkurt, R. ve Odaman, A. (1997). *ISO 9000 Kalite Güvence Sistemleri.* Ankara: MPM Yayınları.

Cowell, D. (1991). *The Marketing of Services,* Oxford: Butterworth Heinemann Ltd. (Aktaran Özatkan, 2008).

Çatalca, H. (2003). *Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi.* İstanbul: Beta Basımevi.

Çetin, C., Akın, B. ve Erol, B. (2001). *Toplam Kalite Yönetimi ve Kalite Güvence Sistemi.* İstanbul: Beta Yayınları.

Devebakan, N. (2005). *Sağlık İşletmelerinde Algılanan Hizmet Kalitesi Ölçümü.* İzmir Kalder Yayınları

Goetsch, D. L., Stanley, B. D. (1998). *Understanding And Iplementing ISO 9000 And ISO Standarts.* USA: Prentice-Hall. (Aktaran Yılmaz, Filiz ve Yaprak).

Hayran, O., Sur, H. (1997). *Hastane Yöneticiliği.* Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri.

- İnceoğlu, M. (2010). *Tutum Algı İletişim*. İstanbul: Beykent Üniversitesi Yayınları
- Karafakioğlu, M. (1998). *Sağlık Hizmetleri Pazarlaması*. İstanbul: İstanbul Üniversitesi İşletme Fak. Yayınları.
- Karahan, K. (2006). *Hizmet Pazarlaması*. İstanbul: Beta Yayın Dağıtım A.Ş.
- Kavuncubaşı, Ş. (2000). *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*. Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Kaya, S. (2005). *Sağlık Hizmetlerinde Sürekli Kalite Geliştirme*. Ankara: Pelikan Yayınları.
- Kondo, Y. (1999). *İşletmede Bütünsel Kalite: Arkaplanı ve Gelişimi*. (A. B. Dicleli, Çev.). İstanbul: Türkiye Metal Sanayicileri Sendikası.
- Kotler, P., Armstrong, G. (2011). *The Principles of Marketing*. New Jersey: Prentice Hall.
- Kotler, P. (2011). *Marketing Management With MyMarketingLab: Global Edition*. New Jersey: Prentice Hall.
- Kurilof, A., Hemphill, J. M. ve Cloud, D. (1993). *Starteing And Managing The Small Business*. Singapore: Mc Graw-Hill Edition. (Aktaran Özatkan,2008).
- Mucuk, G. (2001). *Pazarlama İlkeleri*. İstanbul: Türkmen Kitabevi.
- Odabaşı, Y. (1997). *Satışta ve Pazarlamada Müşteri İlişkileri Yönetimi*. İstanbul: Sistem Yayıncılık.
- Özdamar, K. (1999). *Paket Programları ile İstatistiksel Veri Analizi 1*. Eskişehir: Kaan Kitabevi.

Öztürk, A. S. (2006). *Hizmet Pazarlaması*. İstanbul: Ekin Kitapevi.

Pekdemir, I. (1992). *İşletmelerde Kalite Yönetimi*. İstanbul: Beta Basım Yayım Dağıtım.

Şeker kaya, A. K. (2000). *Bankacılık Hizmetlerinde Algılanan Toplam Kalite Ölçümü*. Ankara: SPK Yayınları.

Şale, İ. (2004). *ISO 9001: 2000 Kalite Yönetim Sistemi ve Uygulamaları*. Ankara: Seçkin Yayıncılık.

Şimşek, M. (2002). *Toplam Kalite Yönetiminde Başarının Anahtarı İnsan Faktörü*. İstanbul: Babiali Kültür Yayınları.

Tek, Ö. B. (1999). *Pazarlama İlkeleri: Global Yönetimsel Yaklaşım Türkiye Uygulamaları*. İstanbul: Beta Yayım Dağıtım.

Uyguç, N. (1998), *Hizmet Sektöründe Kalite Yönetimi: Stratejik Bir Yaklaşım*. İzmir: Dokuz Eylül Yayınları. (Aktaran Devebakan 2005).

Yalçın, F., Sezar, G. F. (1997). *Pazarlama Bilgileri*. İstanbul: Bilim Teknik Yayınevi.

Yatkın, A. (2003). *Toplam Kalite Yönetimi*. Ankara: Nobel Yayınları.

## **Makale**

Afacan, S., Bahçecik, N. (2011). Özel Bir Hastanede Algılanan Hizmet Kalitesinin Belirlenmesi. *Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü III. Uluslararası Sağlıkta Performans Ve Kalite Kongresi Poster Bildiriler Kitabı*.340-356.

Akgün, S. (2005). Sağlık Hizmetlerinde Sürekli Kalite İyileştirme. *Standard Ekonomik ve Teknik Dergisi*, 44, (527):75.

Alpugan, O. (1984).Sağlık Hizmetlerinin Ekonomik Açıdan İncelenmesi. *İstanbul Üniversitesi İktisat Fakültesi Dergisi*, 40, (1-4):133-160

Altay, A. (2007). Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirmesi. *Sayıştay Dergisi*, 64: 33-58

Aslantekin, F., Göktaş, B., Uluşen, M. ve Erdem, R. (2007). Sağlık Hizmetlerinde Kalite Deneyimi: Dr. Ekrem Hayri Üstündağ Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi Örneği. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2 (6): 55-71

Asunakutlu, T. (2007). Sağlık Kurumları Yönetiminde Kalite ve Kültürel Değişim. *Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi Kitabı*, 403-433

Aymankuy, Ş.,Y.(2005). Konaklama İşletmelerinde Sendikaların Hizmet Kalitesine Etkileri. *Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (11):1-22.

Babakus, E., Mangold, w. G. (1992). Adapting the SERVQUAL Scale to Hospital Services: An Empirical Investigation. *Health Services Research*, 26 (6):767-786.

Boyacıoğlu, H., Güner, P. (2006). Sağlık Araştırmalarında Kullanılan Temel İstatistikî Yöntemler. *Hacettepe Dişhekimliği Fakültesi Dergisi*, 30 (3):33-39

Buldur, B.A. (2006). Değişim Yönetimi ve Kalite. <http://www.erpakademi.com/v1/index.php?option=comcontent&task=view&id=1037&Itemid=178> - 96k adresinden 12 Ağustos 2012 tarihinde indirilmiştir.

Devebakan, N., Aksaraylı, M. (2003). Sağlık İşletmelerinde Algılanan Hizmet Kalitesinin Ölçümünde Servqual Skorlarının Kullanımı ve Özel Altınordu Hastanesi Uygulaması. *9 Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 5:39

Devebakan, N. (2006). Sağlık İşletmelerinde Teknik ve Algılanan Kalite. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 8 (1): 120-149

Gencil, U. (2001). Yükseköğretim Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Akreditasyon. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 3:3-13.

Ghobadian, A. (1994). Service Quality: Concepts and Models. *International Journal of Quality and Reliability Management*.11 (9):43-66

Gözlü, S. (1995). Hizmet Kalitesinin Kontrolünde İstatistiksel Yöntemler. *Verimlilik Dergisi*, 2:86 (Aktaran Devebakan 2003).

Gözlü, S. (1995). Hizmet Kalitesinin Kontrolünde İstatistiksel Yöntemler. *Verimlilik Dergisi*, 2:86 (Aktaran Özatkan 2008).

Karatepe, O.M. (1997). Bir Hizmet Kalitesi Yardımıyla Hizmet Kalitesi Oluşumuna Yönelik Kavramsal Bir İnceleme. *Hacettepe Üniversitesi İİBF Dergisi*, 15 (2):88

Palmer, H. (1997). Using Clinical Performance Measures to Drive Quality Improvement, *Total Quality Management*, 8 (5):1.

Parasuraman, A., Zeithaml, V. ve Berry, L. (1985). *A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research*. Journal of Marketing, Vol.49, Fall: 41-50.

Peşkircioğlu, N. (1994). Toplam Kalite Yönetimi ve ISO 9000 Standartları. *Milli Prodüktivite Merkezi Verimlilik Dergisi*, 1:96

Robledo, M. A. (2001). Measuring and Managing Service Quality; Integrating Customer Expectations. *Managing Service Quality*.11(1): 22-31



Sığırcı, B. (2006). İşletmelerde Kalite Sağlama ve Geliştirme Süreci. *Milli Prodüktivite Merkezi Anahtar Dergisi*, 6, (68):6

Şenatalar, B. (2003).Sağlık Ekonomisine Genel Bakış. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 25, (4): 25

Yılmaz,V., Filiz, Z. ve Yaprak, B. (2007). Servqual Yöntemi İle Yüksek Öğretimde Hizmet Kalitesinin Ölçülmesi. *Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 7 (1): 299-316.

Zerenler, M., Öğüt, A. (2007).Sağlık Sektöründe Algılanan Hizmet Kalitesi ve Hastane Tercih Nedenleri Araştırması: Konya Örneği. *Selçuk Üniversitesi sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 18:501-520.

## **Bildiri**

Ak, B., Sevin, H. D. (2000). Hizmet Sektörünün Genel Yapısı ve Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri. *I. Ulusal Sağlık İdaresi Kongresi Kitabı*. Ankara: Minpa Matbaacılık, 25–33.

Akdur, R.(2000). *Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri ile Kıyaslanması*. Ankara

Karabulut, K., Yaprak, Ş. (2000, Mayıs). Sağlık Hizmetlerinde Algılanan Kalite Düzeyinin Belirlenmesi: Erzurum’da Bir Uygulama. *I. Ulusal Sağlık İdaresi Kongresi 2000’li Yıllarda Sağlık Hizmetleri ve Kurumları Yönetimi*. Ankara.

Özalp, S., Şahin, Ü. ve Ünlüoğlu, İ. (2000). Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Eğitim İle İlişkisi. *I. Ulusal Sağlık İdaresi Kongresi 2000’li Yıllarda Sağlık Hizmetleri ve Kurumları Yönetimi*. Ankara.

Şakar, A.,Y. (1999). Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Harcamaları, *Türkiye Sağlık İşçileri Sendikası Yayınları*. İstanbul:15

Tokat,M. (2006). Sağlık Ekonomisi. *H.Ü. Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Politikası Araştırma ve Uygulama Merkezi (HÜSEP) Toplantı Notları*.İstanbul:9

Tokatlıoğlu, M. (1997). Sağlıkta Kalite Yönetimi. *Sağlık Yönetiminde Devamlı Kalite İyileştirme Sempozyum Kitabı*. Ankara:232-245 (Aktaran Etöz, 2008)

Yıldır, G. (1994). Hizmet Sektöründe Performans Ölçümü ve Önemi. *II. Verimlilik Kongresi Bildiriler Kitabı*, 540:56

## İnternet

<http://www.asq.org>, adresinden 23.07.2012 tarihinde indirilmiştir.

<http://dis.baskent.edu.tr/anabilim/anabilim.html> adresinden 13.08.2012 tarihinde indirilmiştir.

<http://www.dishekimi.com/haber-detay.aspx?id=101> adresinden 13.08.2012 tarihinde indirilmiştir.

<http://www.eoq.org>, adresinden 23.7.2012 tarihinde indirilmiştir.

<http://www.sabem.saglik.gov.tr> adresinden 30.07.2012 tarihinde indirilmiştir.

<http://www.saglik-ekonomisi.com/sed/index.php/online-makaleler/159-saglik-hizmetlerinde-kalite-temel-kavramlar-sorunlar-ve-coezuem-yollar> adresinden 15.05.2013 tarihinde indirilmiştir.

<http://www.saglik.gov.tr/KlinikKalite/belge/1-17673/kalite-algisinin-olculmesi--ve-klinik-kalitenin-tanimin-.html> adresinden 15.05.2013 tarihinde indirilmiştir.

<http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-327/saglik-mevzuati.html> 30.07.2012 tarihinde indirilmiştir.

<http://www.saglikturizmi.gov.tr/167-turkiyede-saglik-egitimi-ve-saglik-insan-gucu-durumu.html> adresinden 27.08.2012 tarihinde indirilmiştir.

<http://www.tmsk.org.tr> adresinden 12.08.2012 tarihinde indirilmiştir.

<http://www.trhastane.com> adresinden 27.08.2012 tarihinde indirilmiştir.

## **Diğer**

17.10.2007 Tarih ve 21481 Sayılı Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 2007/89 nolu genelge emirleri.

20.12.2001 Tarih ve 8597 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge.

Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti Sunulan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik, Resmi Gazete Yayın Tarihi:14.10.1999, Sayı: 23486, T.C.Sağlık Bakanlığı .

Akar, Ç. (2002). *Sağlık Kurumlarında Finansal Yönetim Ders Notları*, Hacettepe Üniversitesi Sağlık İdaresi Yüksekokulu.

Bol, P. (2009). *Kalite Yönetiminin Tarihi*. (Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Programı).

Etöz, S. D. (2008). *Sağlık Hizmetlerinde Kalite Belgelendirme Sistemleri ve Akreditasyon*. (Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Kamu Yönetimi Anabilim Dalı).

Gökmen, C. (2001). *Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi*. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Kalite Hizmetleri Şube Müdürlüğü Eğitim Notu.

Kuzu, A. (2010). *Yaşlı Bakım Kurumlarında Hizmet Kalitesi Kavramı ve Kavramsal Hizmet Kalitesi Modeli: Servqual Uygulaması*. (Doktora Tezi, Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü).

Özatkan, Y. (2008). *Hastane İşletmelerinde Hizmet Kalitesinin Ölçülmesi ve Bir Üniversite Hastanesi Örneği*. (Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Hastane İşletmeciliği Bölümü).

Sevimli, S. (2006) *Hizmet Sektöründe Kalite Ve Hizmet Kalitesi Ölçümü Üzerine Bir Uygulama*. (Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Üretim Yönetimi ve Endüstri İşletmeciliği Bölümü).

Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı. (2011). *ADSM Hizmet Kalite Standartları*.

Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Kalite Yönetimi Hizmetleri Şube Müdürlüğü. (2005). *Hastaneler İçin Kalite Yönetimi Uygulama Kılavuzu*.

Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği, Resmi Gazete Yayın Tarihi:01.07.2011, Sayı: 27981, T.C.Sağlık Bakanlığı.

Tokalaş, S. (2006). *Kamu Sağlık Hizmetlerinin Satın Alınması*.( Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü).

Türkiye İstatistik Kurumu. (2008). *Avrupa Ekonomik Topluluğunda Faaliyete Göre Ürünlerin İstatistikî Sınıflaması Raporu*. Ankara.

Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, Resmi Gazete Yayın Tarihi:13.01.1983, Sayı: 17927, T.C.Sağlık Bakanlığı.

Yusufoğlu, E. (2008). *Devlet Hastanelerinde Toplam Kalite Yönetimi Uygulaması: Uşak Devlet Hastanesi Örneği*. (Yüksek Lisans Tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü).

## EKLER

### EK-1

#### AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI MERKEZLERİNDE HİZMET KALİTESİNİN ÖLÇÜLMESİNE YÖNELİK ANKET FORMU

##### Değerli Anket Yanıtlayıcısı;

Bu anket aracılığıyla toplanan veriler, Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Yönetim ve Organizasyon Bilim Dalında sürdürülen yüksek lisans programının tez aşamasında, araştırma bölümünde kullanılmak üzere toplanmaktadır.

Bu ankette doğru veya yanlış cevap yoktur. Vereceğiniz yanıtlar Alsancak Ağız ve Diş Sağlığı Merkezinde kaldığınız süre içinde aldığınız hizmetlerle ilgili değerlendirmenizi saptamak ve bu doğrultuda, ağız ve diş sağlığı merkezlerindeki sağlık bakım hizmetlerinin geliştirilmesi amacıyla yönelik bilimsel bir araştırmaya esas olacaktır. Anket formunu tam ve doğru olarak cevaplamanız araştırma bulgularının gerçekçi ve yararlı olmasını sağlayacaktır.

Araştırmaya yapacağınız önemli destek ve katkılarınız için teşekkür ederiz.

Saygılarımızı sunarız. 13.06.2012

Ali Harun KILÇAR

Yrd. Doç. Dr. Gülşen GERŞİL

##### Cinsiyetiniz

( ) Kadın ( ) Erkek

##### Yaşınız .....

##### Eğitiminiz

( ) İlkokul ( ) Ortaokul ( ) Lise ( ) Meslek Yüksekokulu ( ) Üniversite ( ) Yüksek Lisans ve üstü

##### Aylık Geliriniz

( ) 1000 YTL'nin altında ( ) 1000 – 1999 YTL ( ) 2000 – 2999 YTL ( ) 3000 YTL ve üstü

##### Bağlı Olduğunuz Sosyal Güvenlik Kurumu

( ) Emekli Sandığı ( ) SSK ( ) Bağ-Kur ( ) Diğer .....

Tedavi Gördüğünüz Bölüm .....

Ağız ve diş sağlığı hizmet sunumunu bekleyen bir hasta olarak, sizce mükemmel bir ağız ve diş sağlığı merkezi için aşağıda tarif edilen özelliklere ne ölçüde sahip olması gerektiğini düşününüz. Her bir özellik için hangi değeri seçtiğinizi işaretleyiniz.

Soru No	Soru	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Fikrim Yok	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1	Ağız ve diş sağlığı merkezleri modern araç-gereç ve donanıma sahip olmalıdır.					
2	Ağız ve diş sağlığı merkezlerinin fiziksel imkânları görsel açıdan çekici olmalıdır					
3	Ağız ve diş sağlığı merkezi çalışanları temiz ve düzgün görünümlü olur.					
4	Ağız ve diş sağlığı merkezleri, hizmetlerini söz verdiği zamanda yerine getirmelidir.					
5	Ağız ve diş sağlığı merkezi çalışanları, hastaların bir problemi olduğunda problemi çözmek için anlayışlı ve güven verici olmalıdır.					
6	Ağız ve diş sağlığı merkezleri hastalarının faturalama işlemlerini doğru olarak yapmalıdır.					
7	Ağız ve diş sağlığı merkezi çalışanları, hastalara hizmeti tam olarak ne zaman yerine getireceklerini söylemelidir.					
8	Ağız ve diş sağlığı merkezi çalışanları, hizmetleri mümkün olan en kısa zamanda hastalara vermelidir.					
9	Ağız ve diş sağlığı merkezi çalışanları her zaman hastalara yardım etmeye istekli olmalıdır.					
10	Ağız ve diş sağlığı merkezi çalışanları ile olan ilişkilerinde, hastalar kendilerini güvende hissetmelidir.					
11	Ağız ve diş sağlığı merkezi çalışanları bilgili olmalıdır.					
12	Ağız ve diş sağlığı merkezi çalışanları kibar olmalıdır.					
13	Ağız ve diş sağlığı merkezi çalışanları işlerini daha iyi yapabilmek için işverenlerinden yeterli desteği almalıdır.					
14	Ağız ve diş sağlığı merkezi çalışanları hastalara kişisel ilgi göstermelidir.					
15	Ağız ve diş sağlığı merkezleri hastaları için elinden gelenin en iyisini yapmalıdır.					

Aşağıdaki özellikler, **ALSANCAK AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI MERKEZİ** için sizin hissettiklerinizi ifade etmektedir.

Soru No	Soru	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Fikrim Yok	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1	Alsancak Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi modern araç- gereç ve donanıma sahiptir.					
2	Alsancak Ağız ve Diş Sağlığı Merkezinin fiziksel imkanları görsel açıdan çekicidir.					
3	Alsancak Ağız ve Diş Sağlığı Merkezinin çalışanları temiz ve düzgün görünüşlüdür.					
4	Alsancak Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi hizmetlerini söz verdiği zamanda yerine getirir.					
5	Alsancak Ağız ve Diş Sağlığı Merkezinin çalışanları, hastaların bir problemi olduğunda, problemi çözmek için anlayışlı ve güven vericidir.					
6	Alsancak Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi hastalarının faturalama işlemlerini doğru olarak yapar.					
7	Alsancak Ağız ve Diş Sağlığı Merkezinin çalışanları, hastalara hizmeti tam olarak ne zaman yerine getireceklerini söyler.					
8	Alsancak Ağız ve Diş Sağlığı Merkezinin çalışanları, hizmetleri mümkün olan en kısa zamanda hastalara verir.					
9	Alsancak Ağız ve Diş Sağlığı Merkezinin çalışanları her zaman hastalara yardım etmeye isteklidir.					
10	Alsancak Ağız ve Diş Sağlığı Merkezinin çalışanları ile olan ilişkilerinde, hastalar kendilerini güvende hisseder.					
11	Alsancak Ağız ve Diş Sağlığı Merkezinin çalışanları bilgilidir.					
12	Alsancak Ağız ve Diş Sağlığı Merkezinin çalışanları kibardır.					
13	Alsancak Ağız ve Diş Sağlığı Merkezinin çalışanları işlerini daha iyi yapabilmek için işverenlerinden yeterli desteği alır.					
14	Alsancak Ağız ve Diş Sağlığı Merkezinin çalışanları hastalara kişisel ilgi gösterir.					
15	Alsancak Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi hastaları için elinden gelenin en iyisini yapar.					



Aşağıda ağız ve diş sağlığı merkezleri ve ağız ve diş sağlığı hizmet sunumuna yönelik beş özellik sıralanmıştır. Bir ağız ve diş sağlığı merkezinin kalitesini değerlendirirken bu özelliklerin her birinin sizin için ne kadar önem taşıdığını öğrenmek istiyoruz. Bir Ağız ve diş sağlığı merkezinin taşıması gereken özellikleri değerlendirerek, sizin için önem derecesine göre, her özelliğin puanını yanına yazınız. Toplam puanın 100 olduğundan emin olunuz.

ÖZELLİK		PUAN
1.	Ağız ve diş sağlığı merkezinin fiziki tesislerinin, malzemelerinin, çalışanların ve donanımının görünümü	
2.	Ağız ve diş sağlığı merkezinin taahhüt edilen hizmeti güvenilir ve doğru bir şekilde yerine getirme kabiliyeti	
3.	Ağız ve diş sağlığı merkezinin hastalara yardım etme ve tam hizmet sağlama konusundaki istekliliği	
4.	Ağız ve diş sağlığı merkezi çalışanlarının bilgi ve nezaketi ile güven telkin edebilme kabiliyeti	
5.	Ağız ve diş sağlığı merkezinin hastalarına sağladığı kişisel ilgi ve dikkat	
<b>TOPLAM</b>		<b>100</b>