

SAĞLIK İŞLETMELERİNDE TEKNİK VE ALGILANAN KALİTE

Nevzat DEVEBAKAN
DEÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Arş. Gör
Hastane ve Sağlık Kuruluşları Yönetimi Uzmanı
nevezatd@deu.edu.tr

ÖZET

Günümüzün rekabet ortamında sağlık işletmelerinin varlıklarını sürdürme, kar etme ve rekabet edebilme anahtarlarından birisi de, sağlık işletmelerinde teknik ve algılanan hizmet kalitesinin, sağlık kurumları yöneticileri tarafından birlikte ele alınmasıdır. Bilindiği gibi sağlık işletmelerinin en büyük dış müşteri grubunu oluşturan hastalar, sunulan hizmetlerin teknik yönünü değerlendirme şansına sahip değildir. Bu nedenle sağlık işletmelerinde teknik kalitenin yanında, sunulan hizmetlerin hastalar tarafından nasıl algılandığını açıklayan “algılanan hizmet kalitesinin” de tanımlanması, ölçülmesi ve yönetim kararlarına rehberlik edecek şekilde kullanılması gerekir.

Bu çalışmada sağlık işletmelerinde kalite kapsamında, teknik kalite, algılanan hizmet kalitesi, hizmet kalitesi modeli ve algılanan hizmet kalitesinin ölçülmesine yönelik olarak geliştirilen SERVQUAL ölçeği tartışılmakta ve sağlık işletmelerinde kalite sağlamada sağlık kurumları yöneticilerine ve konu ile ilgili diğer kişilere bir yol haritası sunulmaya çalışılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Sağlık İşletmeleri, Teknik Kalite, Algılanan Hizmet Kalitesi, Hizmet Kalitesi Modeli, SERVQUAL

Key Words: Health Care Organizations, Technical Quality, Perceived Service Quality, Service Quality Model, SERVQUAL

GİRİŞ

Sağlık hizmetlerinde kalite sağlamanın geçmişi Hammurabi Kanunları'na kadar uzanmaktadır. Hammurabi Kanunlarının bazı maddelerinin, özellikle hasta-hekim ilişkileri içerisinde yapılan tıbbi müdahalenin başarılı veya başarısız olma durumları ile ilgili uygulanacak bir takım yasal düzenlemeleri içerdiği görülmektedir. Sözü edilen kanunların 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 (Eren, 1996; s.12-13).

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 (Brashier vd., 1996; 31).

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. Bu anlamda sağlık işletmelerinde kalite kavramını teknik ve fonksiyonel temelde açıklamak yerinde olacaktır. Söz konusu kavramları açıklamadan önce, sağlık işletmelerinde müşteri kavramı ve müşteri tatmini kavramlarından söz etmek yararlı olacaktır.

I. SAĞLIK İŞLETMELERİNDE MÜŞTERİ KAVRAMI

Rekabet ortamında kaliteyi kuruluşun yöneticileri veya kalite kontrol uzmanları değil, müşteriler belirler. Bu nedenle müşterilerin kim olduğunun belirlenip, müşteri gereksinimlerinin etkin bir biçimde karşılanması için gerekli kararlılığın gösterilmesi gerekir (Dicle, 2000; 15).

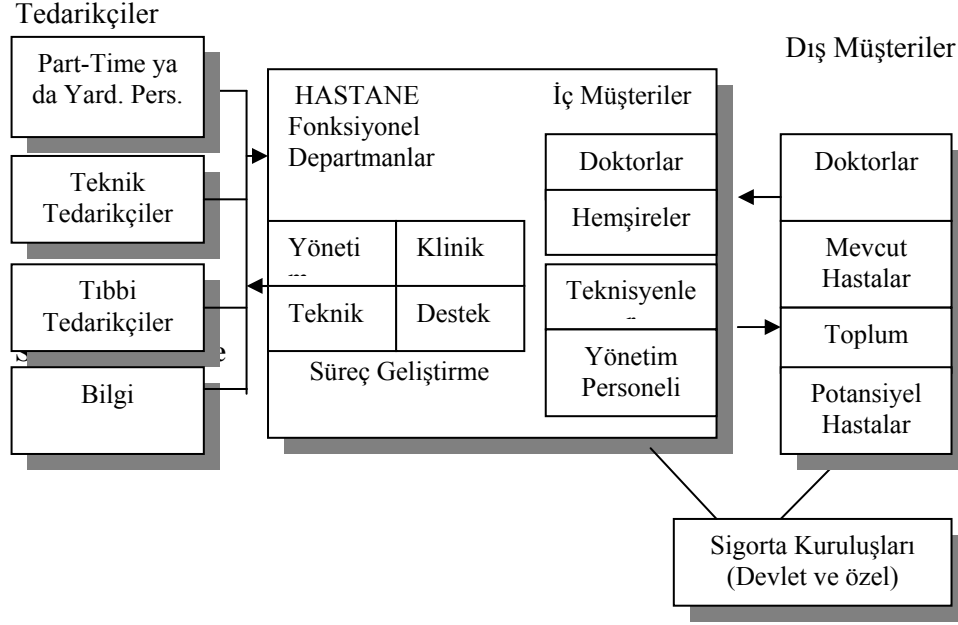
Müşteri kavramını genel olarak, “bir mal veya hizmeti satın alan kişi” olarak tanımlanabilir. Gerek imalat işletmelerinde, gerekse de hizmet işletmelerinde, iç müşteriler ve dış müşteriler olmak üzere iki farklı müşteri grubu bulunmaktadır (Besterfield vd, 1999; 49).

Sağlık işletmelerinin yapısal açıdan çok karmaşık olması, müşterilerinin de karmaşık olmasını beraberinde getirmektedir. Bu nedenle sağlık işletmeleri müşterilerinin oldukça heterojen bir yapıya sahip olduğu söylenebilir (Boonekamp, 1994; 14). Sağlık işletmelerinin tek müşterisinin hastalar olduğu düşüncesi günümüzde geçerliliğini büyük ölçüde yitirmiştir. Eskiden sağlık işletmelerinin müşterisi denildiği zaman yalnızca hastalar akla gelirken, günümüzde “sağlık hizmetleri üretimi sürecine katılan tüm birey ve kurumlar “ müşteri olarak kabul edilmektedir (Kavuncubaşı, 2000; 292-293).

Sağlık işletmelerinin müşterilerini de, diğer bir çok organizasyonda olduğu gibi, iç ve dış müşteriler olarak iki grupta toplamak mümkündür

(Omachonu, 1991; 31-39 ; Rakich vd., 1992; 409 ; Macintyre ve Kleman; 1994; 103-104 ; Kavuncubaşı, 2000; 292). 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 aynı zamanda büyük bir dış müşteri grubunu oluşturur. Hasta yakınları ve çevresi, refakatçiler, ziyaretçiler, diğer sağlık işletmeleri, anlaşmalı kuruluşlar, eczaneler, dernekler, medya, sigorta şirketleri (third-party payers), tıbbi malzeme ve ilaç firmaları, inşaat şirketleri, çamaşırhane işletmeleri, çiçek satıcıları, müteahhitler, devlet ve toplum sağlık işletmelerinin diğer dış müşterilerine örnek olarak verilebilir. Öte yandan teknik personel ve destek personeli (laboratuvar 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 oluşturmaktadır. Diğer taraftan, part-time çalışan doktorlar, sağlık işletmesinin hem iç müşterisi hem de dış müşterisi olabilmektedir.

Günümüzün kaliteye bakış açısı müşteriler üzerinde yoğunlaşmaktadır. Örneğin “İç müşteri” kavramının yönetime kazandırılması, büyük ölçüde Toplam Kalite Yönetimi’nin prensiplerinden kaynaklanmıştır. Toplam Kalite Yönetimi bakış açısına göre, işletme içindeki birimler birbirlerinden mal veya hizmet alıyorsa birbirlerinin müşterisidirler. Bu yaklaşıma göre, sağlık işletmelerinde de hizmetin uygunluğu, kalite denetimi ve kalite geliştirme bütün kademe ve bütün süreçlerde yönetilmesi gerektiğinden, sağlık işletmesi içindeki birimlerin çıktıları da müşteri olarak kabul edilir (Rakich vd., 1992; 408). Bu anlamda sağlık işletmelerindeki birimler fonksiyonel ilişkiler nedeniyle birbirlerinin müşterisi olabilmektedirler. Örneğin hemşirelik servisi, ilaç kullanımı nedeniyle eczanenin, hastaların diyeti ile ilgilendiği için de beslenme biriminin müşterisi olabilmektedir. Aynı şekilde doktorlar da tanı için test istedikleri birimlerin (laboratuvar, röntgen vb.) müşterisidir. Yoğun bakım servisi acil servisin, sigorta şirketleri faturalama birimlerinin müşterisi olabilirken, sağlık işletmesinin tüm departmanları yönetimin müşterisi olabilmektedir. Bir sağlık işletmelerinin iç ve dış müşterilerine örnekler aşağıdaki Şekil “1”de verilmiştir.



Şekil-1: Bir Sağlık İşletmesinin İç ve Dış Müşterileri
Kaynak:(Rakich vd., 1992; 409)

II. SAĞLIK İŞLETMELERİNDE MÜŞTERİ (HASTA) TATMINİ VE ÖNEMİ

Sağlık alanında kaliteli hizmetin önemli bir göstergesi hizmeti alanların tatmin düzeyidir. Tatmin düzeylerinin belirlenmesi, hizmet kalitesinin artırılması ve beklentiler doğrultusunda daha nitelikli hizmet sunulması bakımından önemlidir (Ercan vd, 2004, 151–157).

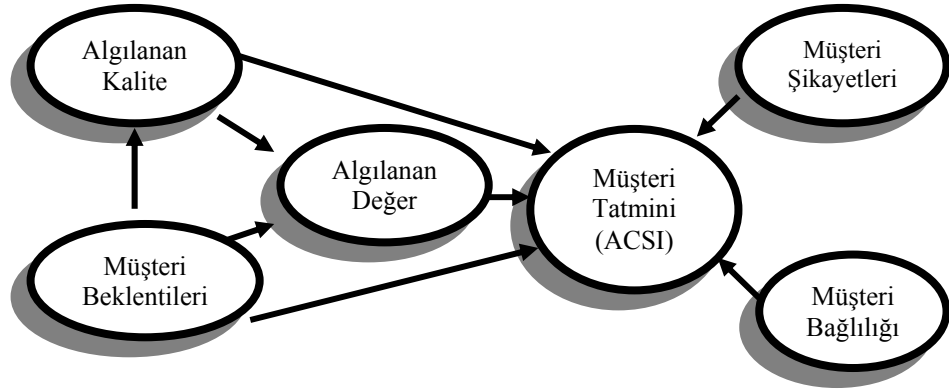
Tatmin olgusu, “müşterinin seçtiği alternatifin en azından beklentilerini karşılayacağı veya aşacağı şeklinde satın alma öncesindeki değerlendirmesi “ olarak tanımlanabilir. Tatminsizlik de negatif olarak onaylanan beklentilerin sonucudur (Tek, 1999, 216). Başka bir ifade ile tatmin, bir ürün ya da hizmet ile ilgili olarak satın alma eyleminden önceki beklenti çerçevesinde satın alma eyleminden sonra yaşanan deneyimin tatmin edici olması durumudur. Öte yandan tatmin olgusunun ortaya çıkışından önceki ve sonraki ilişkileri kesin çizgileri ile anlayabilmek açısından bir tatmin modelinden yararlanmak büyük ölçüde yardımcı olabilir (Vavra, 1999; 51).

Müşteri tatmini ölçüm metodolojilerinden birisi de Glaes Fornell ve ekibi tarafından geliştirilmiştir. Daha önce İsveç’ de uygulanmış olan İsveç Müşteri Tatmini Barometresi’nin de (Swedish Customer Satisfaction

Barometer- SCSB) mimarı olan Fornell, Michigan Üniversitesi İş İdaresi Okulu Ulusal Araştırma Merkezi ile, Amerikan Kalite Kontrol Derneği arasındaki ortak proje ile Amerikan Müşteri Tatmini Endeksini (American Customer Satisfaction Index-ACSI) geliştirmiştir (Wallance ve Kanji, 2000; 882-893 ; Vavra, 1999; 39-40).

Şekil-2' de görüldüğü gibi ACSI tatmin modelinde tatmin olgusu, algılanan kalite, beklentiler ve algılanan değer unsurlarının sonucu olarak oluşmaktadır. Fornell ayrıca tatminin müşteri bağlılığı ve müşteri şikâyetlerini de etkilediğini öne sürmektedir.

Beklentiler, müşterinin kullanacağı ürün performansına yönelik tahmin ve inançlarıdır (Özer, 1999; 163). Bir başka tanıma göre beklentiler, müşterilerin bir ürünün ya da hizmetin özelliklerine ilişkin ya da gelecekteki bir zamanda tercih etmesi konusundaki inançlarıdır (Vavra, 1999; 55). Beklentiler önceki deneyimlerden etkilenir. Örneğin müşteri beklentileri satıcılardan, arkadaşlardan ve diğer bilgi kaynaklarından elde ettiği bilgilere göre oluşabilmektedir (Tek,1999; 216). Müşterilerin önceki deneyimlerinden elde ettiği tatmin düzeyi yükseldikçe, gelecekteki performansa yönelik beklentilerin de yüksek olacağına inanılmaktadır. Bu duruma genellikle “çıtayı yükseltmek” denir ve bize müşterileri tatmin etmenin neden hiçbir zaman kolay olmayacağını açıklar (Vavra, 1999; 55).

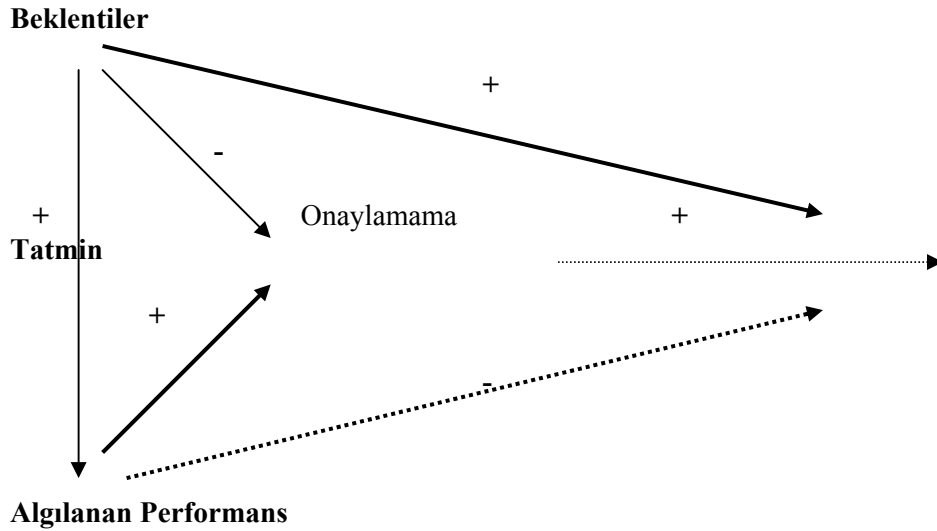


Şekil-2: ACSI Müşteri Tatmini Modeli
Kaynak :(Wallance ve Kanji, 2000; 893)

Müşteri tatmininin oluşumu ve tatmini etkileyen faktörler hakkında literatürde birbirinden farklı kuramlar geliştirilmiştir. Söz konusu kuramlar; Beklentinin Onaylanmaması (expectancy disconfirmation), Bilişsel ya da Bilişsel Uyumsuzluk (çelişki) (cognitive or cognitive dissonance), Benzeşim

(assimilation), Benzeşim –Karşıtlık (assimilation-contrast), Denkserlik (equity), Atfetme (attribution), Kıyaslama (karşılaştırma) Düzeyi (comparison level) ve Uyumlaştırma (adaptation level) Kuramlarıdır. Ancak bu alanda en çok kabul gören kuram; Beklentinin Onaylanmaması Kuramı'dır (Özer, 1999; 163).

Richard Oliver'in Beklentinin Onaylanmaması Kuramı'na göre, müşteriler satın alma ve kullanma öncesinde, ürünün kullanım anında göstereceği performansa yönelik beklentilere girerler. Burada beklenen sonuç tatmindir. Söz konusu kurama göre, müşteri satın alma eylemine beklentileriyle girmekte ve satın alma veya kullanma sonucunda algıladığı performans ile satın alma öncesindeki beklediği ürün performansını kıyaslamaktadır. Kıyaslama sonucunda her iki performans birbirine eşitse onaylama gerçekleşmektedir. Algılanan ürün performansı, beklentilerden daha büyük olduğunda pozitif, küçük olduğunda ise negatif onaylamama gerçekleşmektedir. Şekil-3'te görüldüğü gibi, onaylamama tatmin öncesinde oluşmaktadır. Oliver, tatmin yargılarının beklentiler ve beklentilerle algılanan performans kıyaslaması sonucu oluşan onaylamamanın bir fonksiyonu olduğunu savunmaktadır. Onaylama ve pozitif onaylamama tatmin, negatif onaylamama ise tatminsizlik şeklinde duygusal tepkilere neden olmaktadır. Başka bir deyişle, ürünün performansı, beklenenden daha iyi, aynı ve çok daha kötü çıkabilir (Özer, 1999; 163; Tek, 1999; 216 ; Vavra, 1999; 55-56).



Şekil-3: Beklentinin Onaylanmaması Kuramı'nda Tatminin Oluşum Süreci
(Kaynak: Özer, 1999; 164)

Sağlık işletmelerinde de hizmet kalitesini değerlendirmede hasta beklentileri ve tatmini arasındaki ilişki önemlidir. Bu nedenle hasta tatminini ölçme, değerlendirme ve geliştirme ihtiyacı 90'lı yılların önemli araştırma konusu haline gelmiştir.

Sağlık bakım işletmelerinin pazarlama ve rekabet gücü kazanabilmeleri ve bunu korumaları için hasta tatmini önemli bir unsurdur. Ancak hasta tatminini sadece ölçmek yeterli değildir. Sağlık bakım kalitesini geliştirmek için bu ölçümün göstergelerinden yararlanmak gerekmektedir. Hasta tatmini ölçüm sonuçları bağımsız bir aktivite olarak düşünülmemeli, sağlık işletmesinin genel performansını arttırmak yönünde kullanılmalıdır (Finkel, 1997; 12–15)

Malcolm Baldrige Ödülü dokümantasyonu işletmeleri 7 ayrı kategoride, toplam 1000 puan üzerinden değerlendirmektedir. Tablo-1'deki sağlık bakımı hizmetleri ile ilgili Baldrige Ödülü kriterleri incelendiğinde, gibi hasta ve diğer müşteri tatmini sonuçları kriterleri için yüksek puanın belirlendiği görülmektedir. 2001 yılı sağlık hizmetleri ile ilgili Malcolm Baldrige Ödülü kriterleri ve kriterlere ait puanlar Tablo-1'de gösterilmiştir:

Tablo-1:2001 yılı Sağlık Bakım Hizmetleri ile İlgili Baldrige Ödülü Kriterleri ve Puan Tablosu

Kategoriler / Maddeler	Puanlar
1.0. Liderlik	120
1.1. Örgütsel Liderlik	75
1.2. Kamusal sorumluluk ve Şirket Vatandaşlığı	45
2.0. Stratejik Planlama	85
2.1. Strateji Geliştirme	40
2.2. Stratejiyi Yayma	45
3.0. Hasta, Diğer Müşteri ve Pazara Odaklanma	85
3.1. Hasta/Müşteri ve Sağlık Bakımı Pazar Bilgisi	40
3.2. Hasta/Müşteri ilişkileri ve Tatmin	45
4.0 . Bilgi ve Analiz	90
4.1. Ölçüm ve Örgütsel Performansın Analizi	50
4.2. Bilgi Yönetimi	40
5.0. Çalışanlara Odaklanma	85
5.1. İş Sistemleri	35
5.2. Çalışanların Eğitimi ve Geliştirilmesi	25
5.3. Çalışanların İyiliği ve Tatmini	25
6.0 Süreç Yönetimi	85
6.1. Sağlık Bakımı Hizmet Süreçleri	45
6.2. İş Süreçleri	25
6.3. Destek Süreçleri	15
7.0. Örgütsel Performans Sonuçları	450
7.1. Hasta ve Diğer Müşteri Tatmini Sonuçları	125
7.2. Finans ve Pazarlama Sonuçları	125
7.3. Çalışanların ve İş Sisteminin Sonuçları	80
7.4. Örgütsel Etkililik Sonuçları	120
TOPLAM PUAN	1000

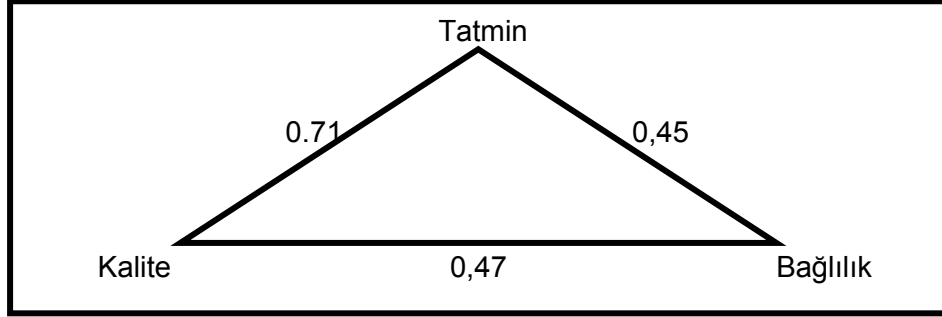
Kaynak:(<http://www.qualitytoday.com/library/bald-top-1.htm>, 2.5.2001)

Hizmet işletmelerinde müşteri beklentilerinin dikkate alınması veya ölçülmesi, işletmenin performansını gözden geçirme ve değerlendirmesi açısından önem taşımaktadır. Ancak Amerika’da Tüketici Hizmetleri Çalışanları tarafından derlenen ve yayınlanan kırk müşteri tatmini araştırmasından yalnızca iki tanesinin beklentilere ilişkin sorular içerdiği ya da beklentileri değerlendirmek gibi bir amaç taşıdığı veya tatmin değerlendirilmesi ile beklentiler arasında bağ kurduğu görülmektedir (Vavra, 1999; 55-56).

1970’li yılların ortalarına kadar sağlık işletmelerinin rekabet içinde oldukları düşüncesi yoktu. Oysa günümüzde rekabet “oyunun adı” olarak değerlendirilmektedir. Sağlık hizmeti pazarlama uzmanları bu günün rekabet ortamı ile çeşitli nedenler öne sürmektedir. Bazı araştırmacılar sağlık işletmelerinde güçlü bir şekilde ortaya çıkan rekabetin en önemli nedeninin kapasite fazlası olduğunu öne sürerken, bazıları rekabetin asıl kaynağı olarak tüketim eğilimini neden göstermektedir (Arnold,1994;13). Güçlü bir şekilde ortaya çıkan rekabet karşısında sağlık işletmelerinin hasta tatmini ve sonuçlarına önem vermeye başladıkları görülmektedir. Örneğin 1990 yılında Amerika’da ki sağlık işletmelerinin %90’nının hasta tatmini ölçümlerini periyodik olarak kullandıkları tespit edilmiştir (Steiber ve Krowinski, 1990; 37).

Hasta tatmini sağlık kurumları yöneticileri için önemli bir konu haline gelmiştir. Konu ile ilgili çalışmalar gözden geçirildiğinde, hasta tatmininin bir kalite geliştirme aracı olarak kullanıldığı görülmektedir (Cheng vd;2003; 345–355). Sağlık çalışanları kendi ihtiyaçları karşılanmadığı zaman müşterilerin ihtiyaçlarını karşılama konusunda güçlük çekerken, sağlık kurumları yöneticilerinin hem çalışanları hem de hastaları tatmin etme gibi bir sorumluluğu bulunmaktadır (Kaarna vd; 2004; 253–261).

Steiber ve Krowinski tarafından yapılan bir araştırmada algılanan kalite, hasta tatmini ve hasta bağlılığı arasındaki ilişki incelenmiştir (Steiber ve Krowinski, 1990; 21). Şekil–4 incelendiğinde özellikle algılanan kalite ve hasta tatmini arasındaki korelasyon katsayısının daha yüksek olduğu görülmektedir. Buna göre sağlık işletmesinin sunduğu hizmetlerden tatmin olan hastaların aynı zamanda sunulan hizmetleri de yüksek kaliteli olarak algıladıkları söylenebilmektedir.



Şekil-4: Algılanan Kalite, Hasta Tatmini ve Hasta Bağlılığı Arasındaki İlişki
Kaynak: (Steiber ve Krowinski, 1990; 21).

Peyrot; Cooper ve Schnapf tarafından yapılan bir araştırmada da hasta tatmini ve hizmet sunucularını başkalarına tavsiye etme isteği, hastaların hizmet kalitesine yönelik algılarıyla ilişkili bulunmuştur. Araştırmacılar, sağlık işletmesinin hizmetleriyle ilgili tıbbi olmayan açılardan yapacakları değişikliklerle, pazarlama faaliyetinin sonucunu arttırıp arttıramayacaklarını araştırmışlar ve araştırmalarının sonucunda sağlık işletmesinde tıbbi bakımın teknik kalitesi ve ücreti dışındaki özelliklerin (örneğin rahatlık, bilgilendirilme, kişiler arası sıcaklık gibi) iyileştirilmesiyle, hasta tatmininin ve sağlık işletmesinin başkalarına tavsiye etme isteğinin arttırılabileceğini tespit etmişlerdir (Peyrot vd; 1993; 24-34).

Görüldüğü gibi sağlık işletmelerinde hastaların sunulan hizmetlere yönelik kalite algısı, hasta tatminini ve sağlık işletmesinin başkalarına tavsiye edilmesi durumunu etkilemektedir. Bu nedenle hasta tatmini ölçüm sonuçları hizmet kalitesinin değerlendirilmesinde etkili bir araç olarak kullanılmaktadır. Öte yandan sağlık işletmelerinin uzun dönemli bir başarı elde etmesinin temel anahtarından birisi de hizmet kalitesinin tanımlanması, ölçülmesi ve değerlendirilmesidir. Çalışmanın bundan sonraki kısımlarında sağlık hizmet kalitesi olgusu ile sağlık işletmelerinde teknik ve fonksiyonel kalite konularına yer verilecektir.

III. SAĞLIK HİZMET KALİTESİ

Gerek imalat işletmeleri için, gerekse hizmet işletmeleri için kalite sağlamaya zorlayan sıkı rekabet ve maliyetlere verilen önem, sağlık işletmelerinin de kalite sağlamanın önemini arttırmıştır. Bu nedenle son yıllarda hizmet kalitesi, sağlık işletmelerinin başarısı için sağlık hizmeti sunucuları,

pazarlamacılar ve araştırmacılar tarafından önemli bir konu olarak ele alınmaktadır.

Hasta tatmininin odak noktası olan sağlık hizmet kalitesi konusunda yapılan araştırmalar, yalnız hasta tatmini odaklı hizmetlerde hastanın medikal ihtiyaçlarının arka plana atılabildiğini, ya da salt medikal ihtiyaçların karşılanması odaklı hizmetlerde hasta istek ve beklentileri ihmal edilebileceğini göstermektedir (Engiz, 1997;65). Bu anlamda sağlık işletmelerinin bir taraftan bilimsel norm ve standartlara uygun tanı ve tedavi prosedürleri uygulaması, diğer taraftan hizmet sunum süreçlerinde hastaların beklenti ve isteklerini göz ardı etmemesi gerekmektedir.

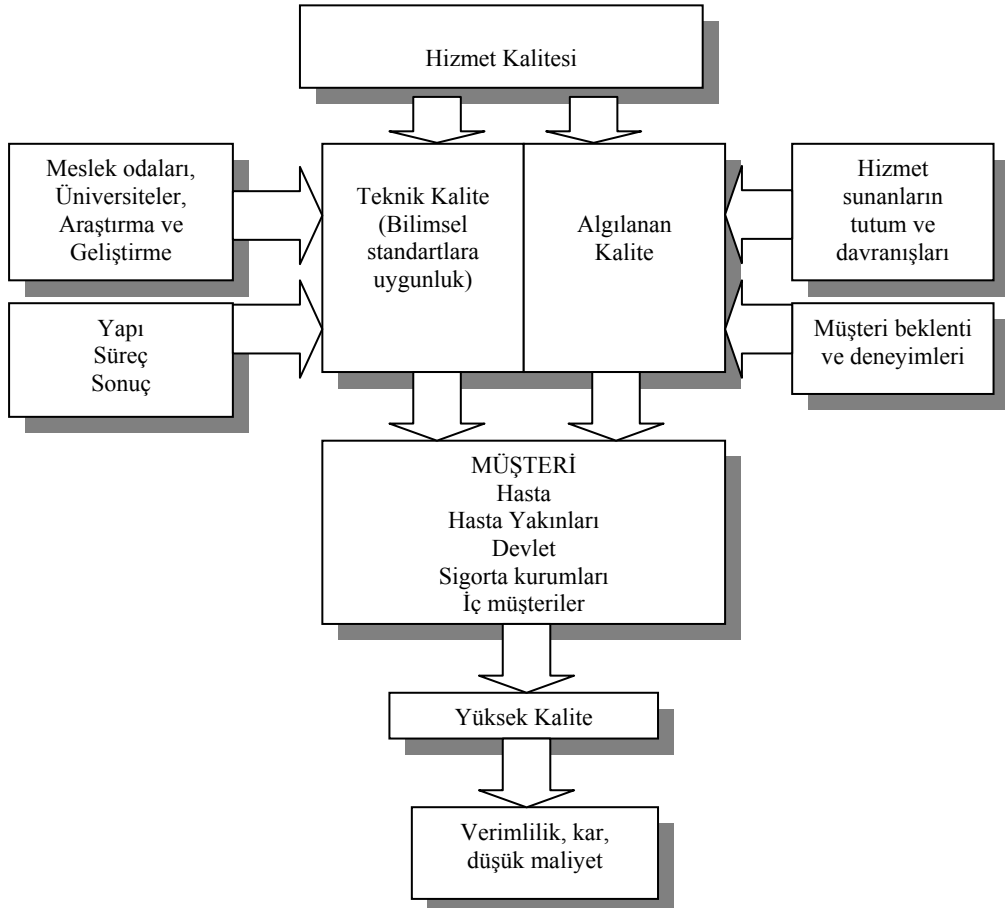
Günümüzde sağlık hizmet kalitesi konusunda henüz kesin bir tanımlamaya ulaşılamamasına rağmen, tartışmalarda hizmeti alanların sosyal, kültürel ve ekonomik açıdan tatmin konularında odaklandığı belirtilmektedir (Özsarı, 1997; 9).

Amerikan Tıp Birliği Konseyi (The American Medical Association's Council on Medical Service) tarafından hazırlanan bir raporda yüksek kaliteli sağlık hizmetinin taşıması gereken özellikleri belirtilmiştir (Özgen, 1995; 49). Sözü edilen rapora göre yüksek kaliteli tıbbi bakımın;

- Sağlığın yükseltilmesi, hastalık ve benzeri durumların erken teşhisi ve tedavisi,
- Zamanında sunulmuş olması, bir başka ifadeyle, bakımın zamanında verilmeye başlanması sürekli olması, uygun olmayan tedavinin verilmemesi ve gereksiz bir şekilde uzatılmaması,
- Bakım sürecinde ve bu süreçle ilgili kararlarda hastanın bilinçli bir şekilde işbirliği yapmasını ve katılımını sağlamanın yollarını araması,
- Tıp biliminin kabul edilmiş ilkelerine ve uygun teknolojik ve profesyonel kaynakların verimli kullanımına dayanması,
- Hastalığın meydana getirebileceği stres ve endişeye karşı duyarlılıkta ve hastanın tam anlamıyla iyi olması düşüncesiyle sunulması,
- İstenilen tedavi çıktısına ulaşmak için ihtiyaç duyulan teknoloji ve diğer sağlık sistem kaynaklarının etkili kullanılması,
- Bakımda sürekliliğin sağlanması ve aynı mesleğe mensup bireylerin de değerlendirilebilmesi için hastanın tıbbi kayıtlarının yeterince iyi olması gerektiği belirtilmektedir.

Hastanın sağlık durumunda yarattığı gelişme temel alınarak sağlık hizmet kalitesinin ölçülebileceği ileri sürülebilir. Bu yaklaşım verilen sağlık

hizmetinin teknik kalite boyutudur. Bu açıdan sağlık hizmet kalitesi, verilen hizmetin bilimsel standartlara uygunluk derecesidir. Ancak hizmet alanların sosyal ve psikolojik istek, beklenti ve ihtiyaçlarını göz ardı eden bir hizmet sunumu da (ne kadar bilimsel olursa olsun) kalite hedefini gerçekleştirmede yetersiz olacaktır. Omachonu tarafından gerçekleştirilen sentezci yaklaşım, kalitenin teknik (bilimsel norm ve standartlara uygunluk) ve sanatsal (müşteri istek ve beklentilerinin karşılanması) boyutlarını bir arada ele almaktadır. Bu yaklaşıma göre sağlık hizmetinin kalitesi, teknik kalite ve tedavi sanatı (uygulama sanatı) tarafından belirlenmektedir (Kavuncubaşı, 2000; 270). Şekil-5'teki söz konusu yaklaşım incelendiğinde sağlık işletmelerinde yüksek kaliteye ve dolayısıyla gelir artışına ve verimliliğe ulaşmada “teknik kalite” ve müşteri bakış açısını yansıtan “algılanan kalitenin” birlikte ele alındığı görülmektedir.



Şekil-5: Sağlık İşletmelerinde Hizmet Kalitesinin Belirleyicileri
Kaynak:(Kavuncubaşı, 2000; 271)

IV. SAĞLIK İŞLETMELERİNDE TEKNİK VE ALGILANAN KALİTE

Sağlık bakım hizmetlerinde hastaların, gerek hizmet sunumu sırasında, gerekse de hizmet sunumundan sonra hizmeti sağlayanların teknik becerilerini değerlendirmeleri çok güçtür (Asubonteng vd., 1996; 63-64). Bu nedenle sağlık bakım hizmetlerinde teknik kalite, daha çok sağlık bakım personelinin bakış açısı içerisinde kalmaktadır. Çünkü bu bilgiler tüketici toplumu tarafından bilinmemektedir (Bopp, 1990; 6-15). Başka bir deyişle sağlık hizmeti sunumu sırasında hasta her konuda yeterli bilgi ve beceriye sahip olmayabileceği için, teknik olarak, hangi tetkikin veya tedavinin kendisi için uygun, etkin olacağına karar verme şansına sahip olmayabilir veya hakkındaki kararlara katılacak durumda olmayabilir (Yerebakan, 2000; 47). Kısaca sağlık bakım kalitesinin teknik ve fonksiyonel kalite boyutlarında değerlendirilmesi yerinde olacaktır (Lin vd; Herng Ching ; Xirasagar, Sudha ; Laditka, James N

4.1. Sağlık İşletmelerinde Teknik Kalite

Sağlık hizmetlerinde teknik kalite, çalışanların rutin olan bilgilerini sunmadaki becerileri ile ilgilidir. Örneğin bir doktorun klinik ve ameliyattaki becerisi, hemşirelerin ilaçları iyi tanınması veya bir laboratuvar teknisyeninin kan testlerini iletmedeki uzmanlığı, hastaların sağlık işletmesinde ortalama yatış süresi, hastaların aynı sağlık işletmesine geri gelme oranları, enfeksiyon oranları ve sonuçların ölçümü teknik kaliteyi kapsamaktadır (Mangold ve Babakus; 1991; 59-70 ; Berwick, 1988 ; 253-261 ; Lytle ; Mowka, 4-14 ; Tomes ve Peng, 1995; 26).

Sağlık bakım hizmetlerinde teknik kalite, temel olarak tanı ve süreçteki doğruluk olarak tanımlanabilir. Örneğin ülkemizde sağlık bakanlığının hastane işletmelerini denetlemede dikkate aldığı özellikler, sağlık hizmetlerinin teknik çıktıları ile ilgilidir. Bu anlamda sağlık işletmelerinde teknik kalite daha objektif olduğundan tanımlanması ve ölçülmesi daha kolaydır. Diğer taraftan hastaların sağlık işletmelerinin sunduğu hizmetlere yönelik kalite algısı daha sübjektiftir, dolayısıyla hastadan hastaya değişiklik gösterir (Karafakioğlu, 1998; 115). Görüldüğü gibi sağlık işletmelerinde sadece teknik kalitenin ölçülmesi ve değerlendirilmesi, sağlık işletmesinin genel performansını yansıtmayacaktır. Sağlık işletmelerinde yüksek kaliteye ulaşmada gerekli bir diğer kriter de sağlık işletmesinin fonksiyonel kalitesidir. Çünkü yapılan araştırmalar fonksiyonel kalitenin hastaların kalite algısını etkileyen birincil değişken olduğunu göstermektedir.

Deming bir hastane işletmesinin aşağıda sıralanan performans karakteristikleri için oluşturulacak bir akış şeması veya dağıtım tablosu yardımıyla, yönetimin söz konusu hastane işletmesinde nerelerde yardıma

ihtiyaç olduğunu ve sistemdeki değişikliklerin başarılı olup olmadığının anlaşılmasını sağlayacağını ifade etmektedir (Deming, 1994; 203-205):

- Laboratuvar sonuçlarını hasta takip çizelgelerine aktarmadaki gecikmeler,
- Hastalara yanlış dozda ilaç verilmesi,
- Hastalara yanlış ilaç verilmesi,
- İlacın yanlış verilmesi,
- İlaçla tedavi sırasında hastaların yeterince gözlenmemesi,
- Hastalara verilen ilaçlara gösterilen toksik tepki sayısı,
- Doktor tarafından istenen ama yapılmayan laboratuvar testi sayısı,
- Eksik tutulan tıbbi kayıt sayısı,
- Gereksiz cerrahi müdahale sayısı,
- Toplam cerrahi müdahale sayısı,
- Cerrahi müdahale sonrası komplikasyon sayısı,
- Toplam ölüm oranı,
- Cerrahide ölüm oranı,
- Acil servisteki ölüm oranı,
- Türlerine göre cerrahi müdahale sayısı,
- Yapılan kan nakli sayısı,
- Kan torbası üzerindeki yazının zor okunması ve kanın yanlış hastaya verilmesi nedenlerinden dolayı meydana gelen kan nakli tepkisi sayısı,
- Cerrahi müdahale öncesi ve sonrası durumun birbirini tutmaması,
- Laboratuvarlarda meydana gelen yangınlar, kimyasal maddelerin kaza ile dökülmesi ve diğer kazalar,
- Deney amaçlı ilaç kullanımı,
- Hastalardan gelen şikayetler,
- Ortalama hastanede yatış süresi,
- Çeşitli nedenlerle tecrit edilen hasta sayısı,
- İstenen röntgen sayısı,
- İstenen laboratuvar testi sayısı,
- Radyasyon prosedürü sayısı,
- EEG ve EKG sayısı,
- Hastalarla ilgili okunamayan istek ve rapor sayıları,
- Laboratuvar hataları,
- Laboratuvarlarda yeniden işlem oranı,
- Hastalardan numune alınması ve numunenin laboratuvarlara ulaştırılması arasındaki zaman,
- Numunenin uygun olmayan kap ile alınması ya da yetersiz olması, hasta adının eksik yazılması veya okunaksız bir şekilde yazılması,

laboratuvar istek formundaki hasta adı ile kap üzerindeki adın birbirini tutmaması, numune kabının kırık ya da çatlak olması, numunenin laboratuvara gitmesi için gereğinden fazla bekletilmiş olması gibi nedenlerden dolayı kabul edilemez numune sayısı,

- Eksiklikler (parça olarak),
- Fazlalıklar (Parça olarak),
- Bilgisayarların çalışmama süresi ve bu süre uzunluğunun dağılımı,
- Son kullanma tarihi geçmiş kimyasal madde ve ilaç sayısı,
- Fazla çalışma kayıtları; hastalık veya başka nedenlerden dolayı işe gelmemiş personel sayısı.

Görüldüğü gibi Deming'in hastane performansını değerlendirmeye yönelik sıraladığı kriterler somut olarak ölçülebilir niteliktedir. Sağlık işletmeleri yöneticilerinin söz konusu çıktılar üzerinde yoğunlaşması, sağlık işletmesinin başarısı için büyük faydalar sağlayacağı muhakkaktır. Ancak günümüz rekabetçi sağlık hizmetleri pazarında aynı zamanda hasta beklentilerinin, algılarının ve dolayısıyla hasta bakış açısıyla algılanan hizmet kalitesinin de ölçülmesi ve değerlendirilmesi sağlık işletmesinin başarısında belirleyici rol oynayacaktır.

Amerikan sağlık kuruluşlarını akredite eden ve kendi misyonunu; toplumun nitelikli sağlık hizmeti beklentilerini karşılamak olarak tanımlayan Sağlık Kurumları Akreditasyon Komitesi (Joint Commission for Accreditation of Health Care Organizations -JCAHO), 1951 yılında Amerikan tıp, diş hekimliği ve hastane derneklerinin bir araya gelerek kurdukları bir komisyondur. Bu komisyonun amacı; hasta bakımı ve tedavisine odaklanan sağlık hizmetlerinin bireysel ve kurumsal performansını değerlendirmektir. JCAHO sağlık işletmelerinde verilen hizmetlerin kalitesini değerlendirmek amacıyla bazı alanlar seçmiştir. Bu alanlar; hasta hakları, sağlık kuruluşunun görev ve kuralları, hastanın muayenesi, teşhisi, tedavisi, bakımı, eğitimi ve sağlık hizmetinin devamlılığının sağlanması, performans iyileştirme, liderlik, tedavi ve bakım ortamının düzenlemesi, insan kaynaklarının yönetimi, enfeksiyonların izlenmesi, kontrol altında tutulması ve önlenmesi, yönetim, tıbbi kadro ve hemşirelik gibi alanlardır (Çoruh, 1998; 1-8). Diğer taraftan JCAHO, hastanelerde hastalara verilen tıbbi hizmetlerin kalitesinden, tıp personelinin uygulama ve etik davranışlarından sorumlu olan, ve bu konularda hastane yönetim kuruluna hesap vermekle yükümlü tutulacak bir tıp hizmetleri organizasyonunun kurulmasını öngörmüştür (Kavuncubaşı, 2000; 109).

Sağlık işletmelerinde fonksiyonel kalite, sağlık bakım hizmetinin hastaya ulaştırılması ile ilgilidir. Doktorların ve hemşirelerin hastalara karşı tutumları, temizlik, hastane yemeğinin kalitesi gibi faktörler sağlık

işletmelerinin fonksiyonel kalitesini etkilemektedir (Anderson, 1995; 33). Ancak bazen de bir sağlık işletmesinin bekleme salonlarında mekânsal olarak sıkıntı yaşanmadığı sürece, düşük mekân kalitesinin hastalar tarafından kabul edilebilir olduğu da görülmektedir (Başkaya vd, 2005; 53–68). Hastaların genellikle sağlık hizmetlerinin teknik kalitesini doğru olarak değerlendiremedikleri göz önüne alındığında, daha çok hizmet süreçleri ile ilgili olan fonksiyonel kalite, hastaların hizmetlere yönelik kalite algısını önemli ölçüde şekillendirecektir. Bir başka ifade ile sağlık işletmelerinde hastalar ve diğer müşteriler, verilen hizmetin teknik kalitesine değer biçemediklerinden, sağlık hizmeti sunum süreçlerinde, hizmetin “nasıl” sunulduğu sağlık hizmet kalitesi açısından belirleyici rol oynamaktadır.

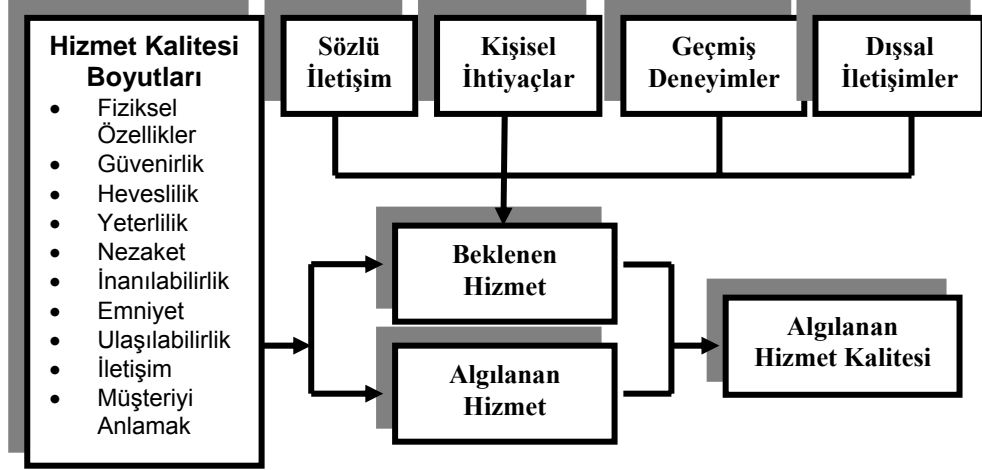
Basit hizmetlerde hizmetin kalitesini değerlendirmek nispeten daha kolaydır. Örneğin kliniğimizin camlarını ve yerlerini bir özel temizlik şirketine temizlettikten sonra ne derecede iyi bir iş yaptıklarını kolayca değerlendirebiliriz. Öte yandan hastanın açık kalp ameliyatının kalitesi konusunda bir yargıya varması (bu konuda uzman olmaması halinde) mümkün değildir (Karafakıoğlu, 1998; 112). Sağlık hizmetlerini satın alanlar hizmet kalitesini değerlendirmek için teknik olmayan özellikleri (örneğin çektikleri acı, süreç için bekleme süresinin uzunluğu gibi) kullanabilir. Hizmetin bu yönü doğrudan tecrübe edildiği gibi hiç bir teknik uzmanlık da gerektirmemektedir (Peyrot vd; 1993; 24-34).

Görüldüğü gibi sağlık işletmelerinde optimum bir kalite olgusundan söz edebilmek için sunulan hizmetlerin bir taraftan bilimsel norm ve standartlara uygun olması, diğer taraftan da hizmetlerin hastalar tarafından yüksek kalitede algılanması gerekmektedir.

4.2. Sağlık İşletmelerinde Algılanan Kalite ve Kavramsal Hizmet Kalitesi Modeli

Parasuraman; Zeithaml ve Berry hizmet kalitesi ile ilgili yazının kendilerine genel bir bakış açısı kazandırmakla beraber, kavramsal temelde ve ayrıntılı bir şekilde hizmet kalitesini anlamaya ve geliştirmeye yetmediğini öne sürerek, hizmet kalitesi kavramına daha geniş bir bakış açısı getirebilmek, kavramsal bir hizmet kalitesi modeli geliştirebilmek ve hizmet kalitesi konusunda gelecekte yapılacak araştırmalara ışık tutabilmek için bir dizi çalışmalar yapmışlardır. Söz konusu araştırmalar kapsamında odak grup görüşmeleri sonucunda elde edilen önemli bilgilerden biri de müşterilerin hizmet kalitesini değerlendirirken hangi ölçütlerden yararlandıklarının ortaya çıkmasıdır. Grup görüşmeleri sonucunda müşterilerin hizmet kalitesi değerlemede benzer kriterleri kullandıkları ve hizmet kalitesinin on genel boyutu olduğu saptanmıştır. Söz konusu on hizmet kalitesi boyutu ve

müşterilerin hizmet kalitesini değerlendirmeleri Şekil-6'da gösterilmiştir (Parasuraman vd., 1985; 47 ; Zeithaml vd., 1990; 21-22):

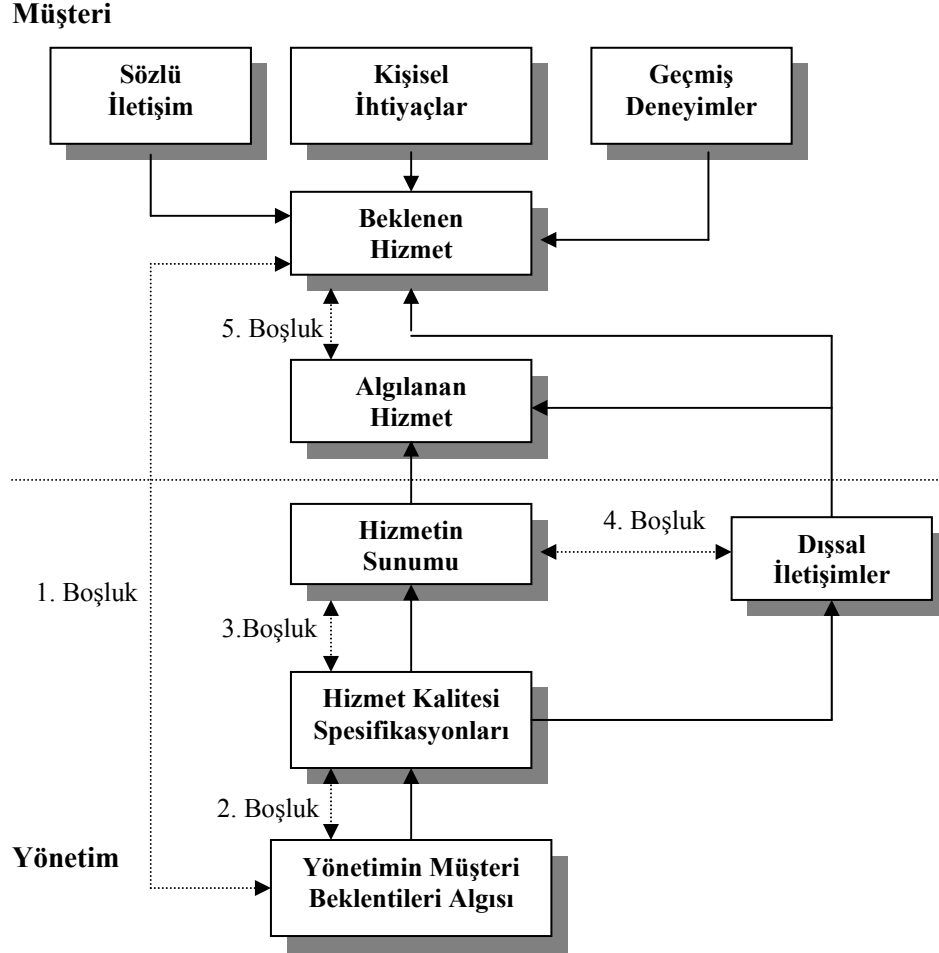


Şekil-6: Müşterilerin Hizmet Kalitesini Değerlendirmesi

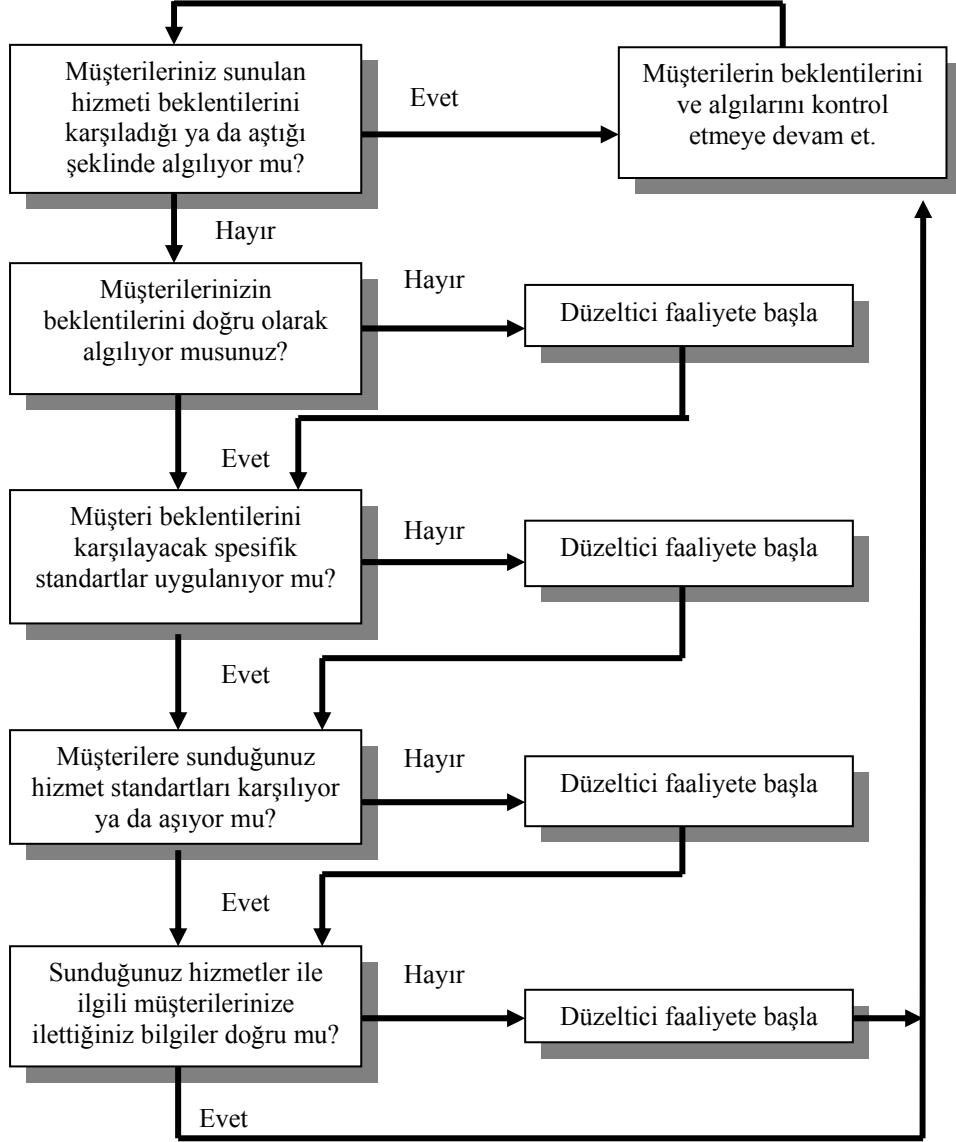
Kaynak: (Zeithaml vd., 1990; 23)

Parasuraman, Zeithaml ve Berry keşfedici araştırmalar kapsamında müşterilerle yapılan odak grup görüşmeleri (focus Groups) ve yöneticilerle yapılan derinlemesine görüşmeler (in-depth interviews) araştırmalarından elde edilen bilgiler ışığında bir kavramsal hizmet kalitesi modeli (Şekil-7) ve işletmelerin hizmet kalitesini ölçmede ve iyileştirmede kullanabilecekleri mantıksal bir süreç modeli geliştirmişlerdir (Şekil-8). Araştırmacılara göre beklenen hizmet-algılanan hizmet boşluğu (5. boşluk) diğer boşlukların fonksiyonu durumundadır ve aşağıdaki gibi formüle edilebilir:

$$5. \text{ Boşluk} = f (1. \text{ Boşluk}, 2. \text{ Boşluk}, 3. \text{ boşluk}, 4. \text{ Boşluk})$$



Şekil-7: Kavramsal Hizmet Kalitesi Modeli
Kaynak:(Parasuraman vd., 1985;.44)



Şekil-8: Hizmet kalitesinin Sürekli Ölçülmesi ve Geliştirilmesi İçin Süreç Modeli

Kaynak: (Zeithaml vd.,1990; 47)

Parasuraman; Zeithaml ve Berry algılanan hizmet kalitesini sayısal temelde ölçmek için yaptığı ilk araştırmada, tüketicilerin beklentilerini ve algılarını ayrı ayrı hesaplayarak müşteri bakış açısı ile hizmet sunan işletmenin algılanan hizmet kalitesini düzeylerini ölçmeye çalışmışlardır (Parasuraman vd., 1988; 12-40). Bu amaçla oluşturulan SERVQUAL ölçeğinin maddeleri daha önceki çalışmalar ışığında ortaya çıkan on hizmet kalitesi boyutundan yararlanılarak 97 madde olarak belirlenmiştir (ortalama her bir hizmet kalitesi boyutu için on madde olacak şekilde). Söz konusu 97 maddelik ölçek iki kısımdan meydana gelmektedir. Birinci kısımda belli bir hizmet sektörü için tüketicilerin beklentilerini ölçmeye yönelik ifadeler yer almakta, ikinci kısımda ise tüketicilerin belli bir hizmet sektöründeki belli bir işletmenin hizmetleri hakkındaki algılarını ölçmeye yönelik ifadeler yer verilmiştir. Ölçeğin algılarla ilgili kısmında tüketicilerin belli bir şirketin hizmetleri hakkında algılayışlarını ölçmek için özellikle işletmenin ismi belirtilmektedir. Katılımcılardan her iki kısımda bulunan maddelerdeki ifadeleri 7 noktalı likert tipi ölçek üzerinden değerlendirmeleri istenmiştir. SERVQUAL ölçeğinde kullanılan likert tipi ölçekte 7 rakamı “kesinlikle katılıyorum” ifadesine, 1 rakamı ise “kesinlikle katılmıyorum” ifadesine denk gelmektedir. Aradaki rakamlar için (6- 2) herhangi sözel bir ifade kullanılmamıştır. Algılanan hizmet kalitesi, beklenen hizmet ve algılanan hizmet arasındaki fark olduğundan, araştırmacılar algılanan hizmet kalitesini:

Algılanan Hizmet Kalitesi (Q)= Algılanan Hizmet (P)- Beklenen Hizmet (E)

şeklinde formüle etmiş ve bu yolla her soru önermesi için SERVQUAL skoru hesaplamışlardır. Her bir soru önermesine 7’li likert ölçek üzerinden beklenti maddeleri ve algılama maddelerine verilen puanların karşılıklı olarak farkının alınmasıyla, her bir soru önermesi için -6 ile +6 arasında değişen SERVQUAL skorları hesaplanmıştır. SERVQUAL skorunun matematiksel ifadesi aşağıdaki gibidir (Zeithaml vd., 1990;176):

SERVQUAL Skoru=Algılama Skoru- Beklenti Skoru

Söz konusu araştırmada veriler bu doğrultuda toplanmış ve yapılan faktör analizi sonucunda ilk başta belirlenen on hizmet kalitesi boyutu altındaki 97 soru önermesinin sayısı 34’ e indirilmiştir. Araştırmacılar belirlenen 34 soru önermesi üzerinden tekrar beklentiler ve algılar veri toplayıp istatistiksel analizler yapmışlardır. Analizler sonucunda araştırmacıların keşfedici araştırmalar kapsamında tespit ettikleri on hizmet kalitesi boyutunun sayısı beşe (Fiziksel Özellikler, Güvenilirlik, Heveslilik, Güven, Empati), soru önermesi sayısı ise 22’ye indirilmiştir. Parasuraman, Zeithaml ve Berry’ ye göre söz

konusu beş hizmet kalitesi boyutu bir iskelet oluşturmakta ve gerektiğinde başka hizmet organizasyonlarına da adapte edilebilmektedir. Ölçeği geliştiren araştırmacılar şunu öne sürmüşlerdir; her bir hizmet sektörü kendine özgü olduğundan, genel olarak tüm hizmet sağlayan organizasyonlarda geçerli olan aşağıdaki beş hizmet kalitesi boyutundan söz etmek mümkündür. Bu boyutlar aşağıda gösterilmiştir:

- **Fiziksel Özellikler (Tangibles):** Şirketin hizmet sunmadaki fiziksel olanakları, araç gereç ve personelin görünüşü.
- **Güvenilirlik (Reliability):** Söz verilen hizmeti doğru ve güvenilir bir şekilde yerine getirebilme yeteneği.
- **Heveslilik (Responsiveness):** Müşterilere yardım etme ve hizmetin hızlı bir şekilde verilmesi.
- **Güven (Assurance):** Çalışanların bilgili ve nazik olması ve müşterilerde güven duygusu uyandırabilme becerileri.
- **Empati (Empathy):** Şirketin kendisini müşterinin yerine koyması, müşterilere kişisel ilgi gösterilmesi.

SERVQUAL ölçeğinin boyutları ve her bir boyuta düşen soru maddesi aşağıdaki gibidir (Zeithaml vd., 1990; 176):

<u>Boyutlar</u>	<u>Her Boyuta Düşen Soru Maddesi</u>
Fiziksel Özellikler	1-4
Güvenilirlik	5-9
Heveslilik	10-13
Güven	14-17
Empati	18-22

SERVQUAL ölçeğinin kullanım alanları ise aşağıda maddeler halinde belirtilmiştir (Zeithaml vd., 1990; 176-180):

- Aynı zamanlardaki müşteri beklenti ve algılarının karşılaştırılması,
- Firmanın SERVQUAL Skorlarının rakip firmaların SERVQUAL skorları ile karşılaştırması,
- Kalite algısı farklı olan farklı müşteri kesimlerinin incelenmesi,
- İç müşterilerin kalite algılarının değerlendirilmesi,

V. SAĞLIK İŞLETMELERİNDE HİZMET KALİTESİ ÖLÇÜMÜ

Daha önce belirtildiği gibi SERVQUAL ölçeği müşteri bakış açısı ile, hizmet sunan firmaların algılanan hizmet kalitesini ölçmek için geliştirilmiştir. Sağlık işletmelerinde algılanan hizmet kalitesi ile ilgili yazın incelendiğinde, sağlık işletmesi müşterilerinin algıladıkları hizmetin kalitesini ölçmede SERVQUAL ölçeğinin bir standart olarak kullanıldığı görülmektedir (Babakus ve Mangold, 1992; 767-786 ; Anderson ve Zwelling, 1996; 9-22 ; Anderson, 1995; 32-37 ; Lim ve Tang, 2000; 290-299 ; Lam, 1997; 145-152 ; Conway ve Willcocks, 1997; 131-140 ; Mangold ve Babakus, 1990; 21-33 ; Headley ve Miller, 1993; 32-42 ; Mowen vd.,1993; 26-34 ; Reidenbach ve Sandifer-Smallwood, 1990; 47-56 ; McAlexander ve Kaldenberg, 1994; 34-40 ; P.Paul III, 2003;89-100).

Babakus ve Mangold (1992; 767-786) tarafından yapılan bir araştırmada, SERVQUAL ölçeğinin geliştirilirken çeşitli hizmet sektörlerinde geçerliliğinin test edildiği, ancak hastane ortamına uygunluğunun değerlendirilmediği gerekçesinden yola çıkarak, hastane ortamında, hastaların hizmet kalitesine yönelik algılarını ölçmek üzere, SERVQUAL ölçeğinin hastane işletmeleri açısından pratikteki uygunluğunu değerlendirilmiş ve ölçeğin hastane hizmetleri açısından geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır. Daha sonra araştırmacılar, hastane ortamında hastaların hizmet kalitesine yönelik algılarını ölçmede SERVQUAL ölçeğinin uygunluğunu test eden çalışmanın sonuçlarını rapor etmişlerdir. Araştırmada SERVQUAL ölçeği, algılanan kalitesinin ölçülmesinde kullanılan standart bir ölçek olarak, başka hizmet sektörlerinin yanı sıra hastane sektöründe de geçerli ve güvenilir bulunmuştur.

SERVQUAL ölçeği ile sağlık işletmelerinde algılanan hizmet kalitesinin ölçümü ile ilgili yazın incelendiğinde, ölçeğin sadece sağlık işletmelerinin genel hizmet kalitesini belirlemede kullanılmadığı, bunun yanında sağlık işletmesinin farklı kliniklerinin sağladığı hizmetin kalitesinin ölçülmesinde de kullanıldığı görülmektedir. Örneğin Anderson ve Zwelling tarafından yapılan bir araştırmada (Anderson ve Zwelling 1996; 9-22), Babakus ve Mangold tarafından hastane hizmetlerine adapte edilen SERVQUAL ölçeği kullanılarak, Texas Üniversitesi M.D. Anderson Kanseri Merkezi'ne bağlı dört kliniğin hizmet kalitesi ölçülmüştür. Araştırmacılar çalışmalarının amacını; hastaların algılarına göre kanser merkezinin farklı kliniklerinin hizmet kalitesini belirlemek ve bu sayede hangi alanlarda gelişmeye ihtiyaç olduğunu saptamak olarak belirlemişlerdir. Söz konusu çalışmada ayrıca hizmet sunumu sırasında yaşanan problemlerin hangilerinin genel nitelikte olduğu, hangilerinin kliniklere özgü olduğunun belirlenmesi de amaçlanmıştır.

Anderson ve Zwelling sağlık işletmelerinde algı ve beklenti skorlarının ayrı ayrı hesaplanıp, bunun sonucunda gap skorlarının hesaplanması gerektiği görüşünü desteklemektedir. Araştırmacılara göre bu yolla elde edilecek bilgiler hem çok önemli, hem de anlaşılması kolay bir yöntemdir. Diğer taraftan hastaların, SERVQUAL ölçeğini oluşturan beş hizmet kalitesi boyutuna puan verilmesi de, değerli bilgiler elde edilmesine olanak sağlamaktadır.

Anderson tarafından yapılan bir araştırmada (Anderson, 1995; 32-37) sağlık işletmelerine adapte edilmiş SERVQUAL ölçeğini kullanılarak; Houston Üniversitesi Sağlık Kliniği'nin hizmet kalitesi ölçülmüş ve araştırma sonuçları doğrultusunda kliniğin strateji planları yeniden düzenlenmiştir. Söz konusu araştırmanın en önemli sonuçlarından birisi de; hizmet kalitesi algıları göz önünde bulundurularak yapılan kliniğin bütçe dağılım kararlarıdır. Anderson'a göre sağlık işletmelerinde algılanan hizmet kalitesinin ölçülmesi, hasta tatmini ve işletmenin gelirine olan katkısı açısından önemlidir. Ayrıca bu tür bir ölçüm hizmetin maliyetini değerlendirmek açısından da büyük önem taşımaktadır. Örneğin bir müşteri tatmini ölçümü sonuçlarında, yüksek maliyetli bir merkez, tüketiciler tarafından düşük kaliteli olarak algılanıyorsa, yönetim söz konusu merkezi yeniden yapılandırma çabasına odaklanmalıdır. Anderson tarafından yapılan söz konusu araştırmada, daha önce Babakus ve Mangold tarafından hastane hizmetlerine adapte edilmiş SERVQUAL ölçeği, ölçekteki "hastane" sözcüğü yerine "üniversite sağlık merkezi " yazılarak kullanılmış ve üniversite sağlık merkezinin algılanan hizmet kalitesi ölçülmüştür. Ölçekte ayrıca orijinal SERVQUAL ölçeğinde olduğu gibi, hastaların beş SERVQUAL boyutuna verdikleri önem derecelerine göre 100 puan üzerinden değerlendirmeleri istenmiştir. Araştırmanın sonuçlarını değerlendirmek için gap analizinden (beklentiler ve algılar arasındaki boşluğun analiz edilmesi) yararlanılmıştır. Araştırma sonuçlarına göre, hastaların sağlık merkezinin verdiği hizmete yönelik algılarının beklentilerinden daha düşük olduğu, "empati" ve "fiziksel özellikler" boyutlarında beklenti ve algılar arasındaki boşluğun en düşük, güven boyutundaki boşluğun ise en büyük olduğu tespit edilmiştir.

Sağlık işletmelerinde yönetimle ilgili kararlar alınırken önemli olan bir bilgi de hastaların hangi boyutlara daha çok önem verdiğinin saptanmasıdır. Söz konusu çalışmaya göre sağlık merkezi hastalarının en önemli buldukları boyut "güvenilirlik" boyutudur. Hastalar tarafından en az önemli bulunan boyutlar ise "fiziksel özellikler" ve "empati" boyutlarıdır. Hastaların "güvenilirlik" boyutundan sonra en önemli buldukları boyutlar ise "heveslilik" ve "güven" boyutlarıdır. Söz konusu araştırmada daha önce belirtildiği gibi "fiziksel özellikler" ve "empati" boyutları en az boşluğa sahip olmakla beraber, bu iki boyut hastalar tarafından en az önemli boyutlar olarak değerlendirilmiştir.

Anderson'a göre sağlık merkezinin "empati" ve "fiziksel özellikler" açısından performansı hasta beklentilerini karşılamaya yakın olduğundan bu alanlara yönlendirilecek yatırım gereksiz olacaktır. Buna karşın "güvenilirlik" boyutu hastalar tarafından en önemli boyut olarak değerlendirilmekte ve bu boyuttaki beklenti-algı boşluğu daha büyüktür. Bu sonuçlar sağlık merkezi yönetimi için "güvenilirlik" boyutunun iyileştirilmesi için iyi bir fırsat olarak değerlendirilebilir. Ayrıca yönetim hizmet kalitesinin beş boyutu açısından boşlukların değerlendirilmesi yanında, boyutları oluşturan her bir ölçek maddesi için beklentilerin, algıların, beklenti-algı boşluğunun değerlendirilmesi kalite geliştirme kaynaklarının stratejik dağılımı ile ilgili fırsatlar sağlayacaktır. Örneğin sağlık işletmelerinde bekleme süresi "heveslilik" boyutunu önemli ölçüde etkilediğinden, yönetim hasta bekleme süresini azaltmak için bir girişimde bulunabilecektir. Ayrıca hastaların hizmet aldığı süreçler basitleştirilerek bekleme zamanları azaltılabilir ve dolayısıyla "heveslilik boyutu" ile ilgili bir gelişme sağlanabilir. Ayrıca hasta randevularının kullanımı ile ilgili olarak hizmet kullanıcılarına bir eğitim verilmesi ve hizmete talebin arttığı zamanlarda yeni eleman alınması da bekleme süresini kısaltacaktır. Hastalara sağlık işletmesinin amacı ve bu amacın diğer sağlık işletmelerindeki amaçlardan farklılığı konusunda eğitim verilmesi de hasta beklentilerinin şekillenmesi açısından faydalı olacaktır.

Lam tarafından 22 maddelik ve beşli likert tipi SERVQUAL ölçeği kullanılarak, Hong Kong'daki hastaların sağlık hizmet kalitesine yönelik algılarının ölçüldüğü araştırma bulguları, SERVQUAL ölçeğinin sağlık bakım kalitesini ölçmede güvenilir olduğunu göstermiştir, buna karşın Parasuraman ve arkadaşları tarafından öne sürülen beş hizmet kalitesi boyutu bu çalışmada ortaya konamamıştır (Lam, 1997; 145-152).

Lim ve Tang tarafından Singapur'daki hastanelerin algılanan hizmet kalitesinin ölçüldüğü bir çalışmada, hastanelerin SERVQUAL ölçeğini oluşturan kalite boyutlarının hiç birisinde hasta beklentilerini karşılamadığı tespit edilmiştir (Lim ve Tang, 2000; 290-299). Bu çalışmada araştırmacılar; hastalar tarafından önemli olduğu düşünülen hizmet karakteristiklerinin tanımlanmasında SERVQUAL ölçeğinin hastane yönetimine yardımcı olabileceğini öne sürmektedirler. Söz konusu çalışmada SERVQUAL ölçeğini oluşturan kalite boyutlarına ait SERVQUAL skorlarının tümü negatif çıkmasına karşın, ölçek sayesinde Singapur hastanelerinin hasta beklentilerini karşılamaya yakın oldukları ve karşılayamadıkları alanlar tespit edilmiştir. Öte yandan "heveslilik" ve "güven" boyutları kalite skoru en düşük olan iki boyut olarak saptanırken, hastaların en önemli bulduğu kalite boyutunun "güven" olduğu tespit edilmiştir. Hastaların ikinci derecede en önemli bulduğu boyut ise "heveslilik" boyutudur. Söz konusu çalışmada güvenilirlik boyutu ise üçüncü en önemli kalite boyutu olarak belirlenirken, "fiziksel özellikler" boyutu hastalar

tarafından en az önemli boyut olarak değerlendirilmiştir. Araştırma sonuçları, SERVQUAL ölçeği üzerinden elde edilen bilgiler sayesinde, hastane kaynaklarının hastaların hizmet kalitesine yönelik algılarını en çok etkileyen alanlarda kullanılarak, hastanelerin algılanan hizmet kalitesinin arttırılabileceğini göstermektedir. Araştırmacılara göre bu sonuçlar göz önüne alınıp; kaynak dağılım kararları yeniden gözden geçirilmelidir.

Headley ve Miller SERVQUAL ölçeğini tıbbi bakım hizmetlerine adapte ederek geçerliliğini, güvenilirliğini ve boyutlarını test etmişlerdir. Söz konusu araştırmada ayrıca algılanan hizmet kalitesi ile hastanın gelecekte şikayet etme, sağlık işletmesini övme, aynı işletmeyi tekrar tercih etme ve hizmet sağlayanlarını değiştirme niyetleri arasındaki ilişki incelenmiştir. Araştırma sonuçları, SERVQUAL ölçeğinin klinik ortamlara güvenilir olarak uyarlanabileceğini göstermiştir. Söz konusu araştırmada hastanın gelecekte şikayet etme, sağlık işletmesini övme, tekrar aynı işletmeyi tercih etme ve hizmet sağlayanları değiştirme niyetlerini en çok etkileyen boyutların “güvenilirlik” ve “empati” boyutları olduğu tespit edilmiştir (Headley ve Miller, 1993; 32-42).

Mowen; Licata ve McPhail, sağlık işletmelerinde hizmet kalitesi boyutlarının, hastaların algısı üzerinde çok fazla etkisi olduğu görüşünün duruma bağlı olduğunu öne sürmektedirler. Bu nedenle araştırmacılar, SERVQUAL ölçeği kullanarak bir sağlık işletmesinin acil odasında bekleyen hastaların tatminleri ve hizmet kalitesi hakkındaki değerlendirmelerini incelemişlerdir (Mowen vd., 1993; 26-34). Söz konusu araştırma için hastanenin acil odasında bekleyen hastalarla ilgili deneysel bir desen oluşturulmuş, hastalar iki gruba ayrılmıştır. Birinci gruba doktoru ne kadar bekleyecekleri söylenmiş, diğer gruba ise herhangi bir açıklama yapılmamıştır. Daha sonra SERVQUAL ölçeği kullanılarak, posta yoluyla hastaların tatminleri ve hizmet kalitesi hakkındaki algılarının sorulduğu araştırma sonuçları; ne kadar bekleyeceği söylenen ve bekleme süresi hakkında gerçekçi bilgi aldığına inanan hastaların tatmin düzeylerinin ve hizmet kalitesi algılarının daha yüksek olduğunu göstermiştir. Diğer taraftan aynı araştırmada güven (assurance) kalite boyutu, acil servis hastaları tarafından en fazla önem verilen hizmet kalitesi boyutu olarak değerlendirilmiştir.

McAlexander ve Kaldenberg tarafından SERVQUAL ölçeği kullanılarak yapılan bir araştırmada, dış hastalarının sağlık işletmesinin toplam hizmet kalitesi ile ilgili değerlendirmelerinin, hizmet sunanların performansından büyük ölçüde etkilendiği tespit edilmiştir (McAlexander ve Kaldenberg, 1994; 34-40)

SONUÇ VE DEĞERLENDİRME

Hizmet işletmelerinde ve dolayısıyla sağlık işletmelerinde kalitenin değerlendirilmesinde sadece hizmetin teknik yönü ile ilgili (girdi-süreç-çıkıtı) konulara odaklanmak yeterli değildir. Nitekim sağlık işletmelerinde teknik kalite “Ne” sorusuna cevap verirken, “Nasıl” sorusunun cevabı genellikle fonksiyonel kaliteyi işaret etmektedir. Hastaların aldıkları hizmetin “Ne” olduğunu bilmemesi normal bir sonuçtur. Çünkü tıp hizmetleri ileri derecede uzmanlık, bilgi ve beceri gerekmektedir. Doğal olarak hastaların çoğunun konu ile ilgili bilgilerinin olmaması normaldir. Hizmetin bu yönü, sağlık işletmelerinde kalitenin teknik yönü ile ilişkilidir. Ancak hastalar sunulan hizmetin “Nasıl” sunulduğuna daha çok tanıklık eder ve hizmet üretim süreçlerine katılırlar. Bu anlamda hastaların sunulan hizmetlere yönelik algıları, sağlık işletmelerinde kalitenin fonksiyonel boyutu ile ilgili olup çoğu zaman sağlık hizmetlerinin teknik kalite boyutundan daha çok etkili olmaktadır.

Sağlık işletmelerinde hizmet kalitesi ve hizmet kalitesinin ölçülmesi ile ilgili yapılan bilimsel araştırmalar incelendiğinde, hastaların hizmet aldıkları hastaneyi başkalarına tavsiye etme ve ihtiyacı olduğunda aynı hastaneyi tekrar tercih etme eğilimlerini etkileyen faktörün daha çok algılanan kalite olduğu görülmektedir. Algılanan hizmet kalitesinin ölçülmesinde yaygın olarak kullanılan yöntemlerden birisi ise SERVQUAL ölçeğidir. Başka bir ifade ile SERVQUAL ölçeği kullanılarak bir taraftan sağlık işletmelerinin boyutlar bazında sunduğu hizmetin kalite düzeyi ölçülebilmekte, diğer taraftan hesaplanan eşit ağırlıklı ve ağırlıklı SERVQUAL skorları sayesinde sağlık işletmelerinin sunduğu hizmetin toplam kalite düzeyi değerlendirilebilmektedir.

Sağlık hizmetlerinde teknik kalite ise çalışanların rutin olan bilgilerini sunmadaki becerileri ile ilgili olduğundan söz konusu işlemler ile ilgili kontrol mekanizmaları daha çok hastane komiteleri tarafından ve/veya ilgili kurullar (başhekimlik, Anabilim dalları, enfeksiyon komitesi vb) tarafından sağlanmaktadır. Birçok sağlık kuruluşunda medikal yöneticilerin odaklandıkları konular, genelde sağlık hizmetlerinin teknik/medikal boyutlarıyla ilgilidir. Nitekim son yıllarda ülkemiz sağlık işletmelerinde de, ISO 9001:2000 Kalite Yönetim Sistemi, Akreditasyon, Kalibrasyon ve belgelendirme faaliyetleri daha çok sağlık hizmetlerinin tıbbi yönünü temel almaktadır.

Sağlık işletmelerinde teknik kalite daha somut konuları işaret ettiğinden tanımlanması, ölçülmesi ve değerlendirilmesi algılanan kaliteye göre daha kolaydır. Ancak sağlık işletmelerinin genel performansını değerlendirme ve sağlık kurumları yöneticilerine ihtiyaç duydukları ipuçlarını sağlamak için teknik kalite tek başına yeterli değildir. Başka bir ifade ile sağlık hizmetlerinin hastalar tarafından nasıl algılandığının da ölçülmesi gerekir. Algılanan kalitenin

ölçümü ile hangi boyutlarda kalite algısının düşük ve/veya yüksek olduğu, hangi alanların gelişmeye ihtiyaç duydukları tespit edilebilir. Bu yöntemle maliyetlerin kontrolü de daha rahat yapılabilecektir. Çünkü zaten hastalar tarafından yüksek kalitede algılanan bir departmana iyileştirme amacı ile harcama yapmanın, kaynak israfından öteye geçmeyeceği muhakkaktır. Sonuç olarak sağlık işletmelerinin uzun dönemli başarı elde etmeleri için, teknik kalitenin yanında algılanan kaliteyi de ölçmeleri ve bunu yönetim kararlarına yol gösterecek şekilde tanımlamaları gerekmektedir.

YARARLANILAN KAYNAKLAR

- Anderson, Elizabeth A ; Zwelling, Leonard A (1996) . “Measuring Service Quality at the University of Texas M.D Cancer Center”, *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 9(7), 9-22.
- Anderson, Elizabeth A (1995). “Measuring Service Quality at a university health clinic”, *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 8 (2), 32-37.
- Arnold, Aline (1994). “*The Big Bang*” *Theory of Competition in Health Care* içinde Philip D. Cooper (Editör), **Health Care Marketing**, An Aspen Publication, Third Edition, USA.
- Asubonteng, Patrick ; McCleary, Karl J ; Swan, John E (1996). “SERVQUAL Revisited: a Critical Review of Service Quality”, *Journal of Service Marketing*, 10(6) , 62-81.
- Babakus, Emin ; Mangold, Glynn W (1992). “Adapting the SERVQUAL Scale to Hospital Services: An Empirical Investigation”, *Health Services Research* , 26 (6), 767-786.
- Başkaya, Aysu; Yıldırım, Kemal; Muslu, Mustafa (2005). “Poliklinik Bekleme Alanlarında Fonksiyonel ve Algı-Davranışsal Kalite: Ankara İbn-i Sina Polikliniği. *Gazi Üniversitesi Mühendislik - Mimarlık Fakültesi Dergisi*, 2005 Cilt 20 (1), 53–68
- Berwick , D.M (1988). “Toward an Applied Technology for Quality Measurement in Health Care”, *Medical Decision Making*, 8(4), 253-261.
- Besterfield, D.H ; Besterfield, C ; Besterfield, G.H ; Besterfield, M (1999). **Total Quality Management**, Second Edition, Prentice Hall, USA.
- Boonekamp, L.C.M (1994). “Marketing for Health Care Organizations: An Introduction to Network Management”, *Journal of Management in Medicine*, 8 (5), 11-24.

- Bopp, K.D (1990). "How Patients Evaluate The Quality of Ambulatory Medical Encounters: A marketing Perspective", *Journal of Health Care Marketing*, 10(1), 16-15.
- Brashier, L.W ; Sower, V.E ; Motwani, J ; Savoie, M (1996). "Implementation of TQM/CQI in Health-Care Industry:A Comprehensive Model", *Benchmarking for Quality Managment & Technology* , 3 (2), 31-50.
- Cheng, Shou Hsia; Yang, Ming Chin ; Chiang, Tung Liang (2003). "Patient Satisfaction with and recommendation of a hospital:effects of interpersonal and technical aspects of hospital care, 15(4), 345-355.
- Conway, Tony ; Willcocks, Stephen (1997). "The Role of Expectations in the Perception of Health Care Quality: Developing a Conceptual Model", *International Journal of Health Care Quality*, 10(3), 131-140.
- Çoruh, Mithat. (1998). "Kaliteli Sağlık Hizmeti Sunumunda ISO-9000 ve JCHAO Uygulama Yaklaşımı Özellikleri" içinde Mithat Çoruh (ed). **Sağlık Yönetiminde Devamlı kalite iyileştirme**. Haberal Eğitim Vakfı Yayınları, Ankara.
- Deming, W. Edwards (1994). *Out of The Crisis*, Cambridge University Press, USA. Deming, 1994
- Dicle, İ.Atilla (2000). "21.Yüzyılın Başındaki Olanaklar; Fırsatlar ve Darboğazlar", **Yüksek Öğretimde Toplam Kalite Yönetimi**, Friedrich Ebert Stiftung Yayını, İstanbul.
- Engiz, Oğuz. (1997). "Sağlık Hizmetlerinde Hasta Tatmini "içinde Osman Hayran, Hayda Sur (editör). **Hastane Yöneticiliği**, Nobel Tıp Kitapevi, İstanbul.
- ERCAN, İlker; EDİZ, Bülent; KAN, İsmet (2004). Sağlık Kurumlarında Teknik Olmayan Boyut İçin Hizmet Memnuniyetini Ölçebilmek Amacıyla Geliştirilen Ölçek, *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 30 (3) 151-157
- Eren, Nevzat. (1996). **Çağlar Boyunca Toplum, Sağlık ve İnsan**, Somgür Yayıncılık, Ankara.
- Finkel, M. L (1997). "The Importance of Measuring Patient Satisfaction", *Employee Benefits Journal*, 22 (1), 12-15.
- Headley, Dean E ; Miller, Stephen (1993). "Measuring Service Quality and Its Relationship to Future Consumer Behavior", *Journal of Health Care Marketing*, 13(4), 32-42.
- Kavuncubaşı, Şahin (2000). **Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi**, Siyasal Kitapevi, Ankara.

- Karafakioğlu, Mehmet (1998). **Sağlık Hizmetleri Pazarlaması**, İşletme Fakóltesi Yayın No.271, İstanbul Kavuncubaşı, 2000; 270
- Kaarna Marina ; Polluste, Kaja ; Lebnurm, Rein ; Thetloff, Maie (2004). “The Progress of reforms: job satisfaction in a typical hospital in Estonia”, **International Journal for Quality in Health Care**, 16(3), 253-261
- Lam, Simon S.K (1997). “ SERVQUAL: A Tool for Measuring Patients’ Opinions of Hospital Service Quality in Hong Kong”, **Total Quality Management**, 8 (4), 145-152.
- Lim, Puay Cheng ; Tang, Nelson K. H (2000). “A Study of Patients’ Expectations and Satisfaction in Singapore Hospitals”, **International Journal of Health Care Quality Assurance**, 13(7), 290-299.
- Lin, Hergn Ching ; Hergn Ching ; Xirasagar, Sudha ; Laditka, James N (2004). “Patient perceptions of service quality in group versus solo practice clinics”, ”, **International Journal for Quality in Health Care**, 16(6).
- Lytle, R.S ; Mowka, M.P (1992). “Evaluating Health Care Quality :The Moderating Role of Outcomes”, **Journal of Health Care Management**, 12 (1), 4-14.
- Macintyre, Kate ; Kleman, Carolyn Cable (1994). “Measuring Customer Satisfaction” içinde Curtis P. McLaughlin & Arnold D. Kaluzny (Editör), **Continuous Quality Improvement in Health Care**, An Aspen Publication, USA.
- Mangold, W. Glynn ; Babakus, Emin (1990). “Monitoring Service Quality”, **Review of Bussiness**, 11 (4), 21-33
- Mangold, W.G ; Babakus, E (1991). “Service Quality: the Front Stage vs The Back Stage Perspective”, **The Journal of Services Marketing**, 5(4), 59-70.
- McAlexander, J.H ; Kaldenberg, D.O (1994). “Service Quality Measurement”, **Journal of Health Care Marketing**, 14 (3), 34-40.
- Mowen, J.C ; Licata, J. W ; McPhail, J (1993). “Waiting in the Emergency Room: How to Improve Patient Satisfaction”, **Journal of Health Care Marketing**, 13(2), 26-34.
- Omachonu, V.K (1991). **Total Quality and Productivity Management in Health Care Organizations**, Industrial Engineering and Management Press, Georgia,USA.

- Özer, Leyla Şentürk (1999) “Müşteri Tatminine Yönelik Literatürdeki Kuramsal Tartışmalar”; *Hacettepe Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 17(2), 159-180.
- Özgen, Hacer. (1995). ”Sağlık Hizmetlerinde Kalite Nedir? Hasta Tatmini Boyutuyla İlgili Bir Değerlendirme”, *Toplum ve Hekim Dergisi*, “Hastaneler” Özel Sayısı, Türk Tabipler Birliği Yayını, cilt 10, sayı-69-70.
- Özsarı, Haluk. (1997). ”Sağlık Hizmetlerinde Kalite”, *Modern Hastane Yönetimi*, Sayı :3.
- Parasuraman, A ; Zeithaml, V.A ; Berry, L.L (1985). “A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research”, *Journal of Marketing*, Vol. 49, 41-50
- Parasuraman, A ; Zeithaml, V.A ; Berry, L.L (1988). “SERVQUAL: A Multiple-Item Scale for Measuring Consumer Perception of Service Quality, *Journal of Retailing*, 64(1), 12-40
- Parasuraman, A. ; Zeithaml, V.A ; Berry, L.L (1991). “Refinement and Reassessment of the SERVQUAL Scale”, *Journal of Retailing*, 67(4), 420-450.
- Peyrot, M ; Cooper, P. D ; Schnapf, D (1993). “Consumer Satisfaction and Perceived Quality of Outpatient Health Services, *Journal of Health Care Marketing*, 13(1), 24-34.
- P.Paul III, David (2003). An Exploratory Examination of “SERVQUAL” versus “SERVPERF” for Prosthetic Dental Specialists, *Clinical Research and Regulatory Affairs*, 20(1), 89-100
- Rakich, J. S; Longest, B.B ; Darr, K (1992). **Managing Health Services Organizations**, Health Professions Press, Third Edition, USA.
- Reidenbach, R.E ; Sandifer-Smallwood, Beverly (1990). “Exploring Perceptions of Hospital Operations by a Modified SERVQUAL Approach”, *Journal of Health Care Marketing*, 10 (4), 47-56.
- Steiber, S.R ; Krowinski, W.J (1990). **Measuring and Managing Patient Satisfaction**, American Hospital Publishing, USA.
- Tek, Ömer Baybars (1999). **Pazarlama İlkeleri**, Beta Yayınları, İstanbul.
- Tomes, Anne E ; Peng, Stephen Chee (1995) “Service Quality in Hospital Care: The Development of an In-Patient Questionnaire”, *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 8(3), 25-33.

- Vavra, Terry G. (1999). **Müşteri Tatmini Ölçümlerinizi Geliştirmenin Yolları**, Kalder Yayınları, No:28, Çev: Günhan Günay, İstanbul.
- Wallance, Willian ; Kanji, Gopal K (2000) “Business Excellence Through Customer Satisfaction”, ***Total Quality Managament***, 11(7), 979-998.
- Yerebakan, Metin. (2000). **Özel Hastaneler Araştırması**, İstanbul Ticaret Odası, Yayın no; 2000–26, İstanbul.
- Zeithaml, Valarie A ; Parasuraman, A ; Berry, Leonard L (1990). **Delivering Quality Service: Balancing Customer Perceptions and Expectation**, Free Press, USA.