



**SAĞLIK HİZMETLERİ PAZARLAMASINDA
ŞEHİR HASTANELERİNDE HİZMET MEMNUNİYETİ:
BİLKENT ÖRNEĞİ**

OĞUL GÖKÇE

ARALIK 2021

ÇANKAYA ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

**ULUSLARARASI TİCARET VE FİNANSMAN ANABİLİM DALI
ULUSLARARASI TİCARET VE LOJİSTİĞİ YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**SAĞLIK HİZMETLERİ PAZARLAMASINDA
ŞEHİR HASTANELERİNDE HİZMET MEMNUNİYETİ:
BİLKENT ÖRNEĞİ**

OĞUL GÖKÇE

ARALIK 2021

ÖZET

SAĞLIK HİZMETLERİ PAZARLAMASINDA ŞEHİR HASTANELERİNDE HİZMET MEMNUNİYET: BİLKENT ÖRNEĞİ

GÖKÇE, Oğul

Uluslararası Ticaret ve Lojistiği Yüksek Lisans Tezi

Danışman: Prof. Dr. Mahir NAKİP

Eylül 2021, 187 sayfa

Hizmet sektörlerinden biri olarak tıbbi hizmetlerin pazarlanmasında tıbbi tesislerin tıbbi becerileri ve teknolojisi, sağlık personelinin deneyim ve yetkinliği, tıbbi ürün üreticisi tarafından üretilen mal ve hizmetler, tıbbi tesiste yapılan testler, hastalara sunulan sağlık hizmetleri ve tıbbi hizmetler, sağlıkta çok önemli bir yer tutmaktadır. Hasta memnuniyeti, sağlık pazarlamasında önemli faktörlerden biridir. Çünkü sağlık şirketleri bu şekilde hizmet sunduklarında uzun süre sahada kalabilmekteydirler.

Ankara Bilkent Şehir Hastanesinden sağlık hizmeti alan hastaların aldıkları hizmetten duydukları memnuniyet konusunda hazırlanan tezde; şehir hastanelerinden hizmet alan hastaların yaşadıkları sorunların incelenerek, kaliteli hizmetten beklentilerinin neler olduğunun belirlenmesi, hasta memnuniyeti konusunda idarenin yapması gerekenlerin ortaya çıkarılarak, hem hasta memnuniyetinin sağlanması, hem de şehir hastanelerinin tercih ve tavsiye edilmesi için hastanenin alacağı kararlara yardımcı olmak amaçlanmıştır.

“Ankara İli Çankaya İlçesi sınırları içinde kalan Bilkent Şehir Hastanesinden yaralanan hastaların memnun olma düzeyleri demografik özelliklere göre değişmektedir” şeklinde bir varsayımdan yola çıkarak hastaneden hizmet alan hastaların memnun olma düzeylerinin yaşa, cinsiyete, eğitime, gelir durumuna göre değişiklik gösterip göstermediğine bakılmıştır. Araştırmanın uygulama kısmında; yüz yüze anket ile internet üzerinden uygulanan dijital anket tekniği kullanılmıştır.

Hastaların demografik özellikleri frekans analizi yöntemi ile değerlendirilmiştir. Bu analiz sonuçlarına göre, hastaların büyük kısmının sosyal güvencesi mevcut olduğu, randevu alarak hastaneye geldiği, büyük çoğunluğun gelirlerinin üç bin lira ve üzerinde olduğu, katılımcılardan serbest meslek ve işçi grubunun ağırlıklı olduğu, üniversite mezunu ve üstü hastaların ankete daha çok katıldıkları, yaş itibarıyla 41 yaş ve üstünün ağırlıklı olduğu saptanmıştır. Hastaların hastane hizmetlerinden memnuniyeti KMO ve Bartlett's Testi Analizi ile yapılmış ve eldeki verilerin faktör analizini yapmak için uygun olduğu bulunmuştur.

Araştırmaya katılan hastaların danışma ve poliklinik personelini değerlendirme verileri varyans analizi (ANOVA) ile demografik özelliklerine göre incelenmesi sonucunda; cinsiyete ve yaşa göre hastaların memnuniyet düzeyinin farklı olduğu, eğitime, gelire ve güvenceye göre ise farklılık oluşmadığı tespit edilmiştir. Hastaların doktor ve sağlık personelini değerlendirme verilerinin tek faktörlü varyans (ANOVA) analizi sonucuna bakıldığında ise; cinsiyete, eğitime ve gelire göre anlamlı bir fark yoktur fakat güvenceye göre anlamlı bir fark bulunmuştur. Hastaların hastane hizmetlerini değerlendirme verilerinin çoklu varyans (MANOVA) analizi yapıldığında; sadece güvence kısmında anlamlılık gözlenmiştir. Hotelling's T testi sonucuna göre güvence şekli itibarıyla faktörler arasında fark olduğu tespit edilmiştir. Bu faktörlerin aralarında belirgin farklar olduğundan Şefe testine bakılmış, özel sigortalıların güvencesiz ve yeşil kartlılar'a göre daha çok memnun oldukları belirgin bir şekilde tespit edilmiştir.

Bu tezin yapılan araştırma itibarıyla şehir hastanelerinde hasta memnuniyeti sağlanarak tercih edilebilir olmak açısından eksiklerin giderilmesi konusunda katkıda bulunacağı varsayılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Hasta Memnuniyeti, Hasta Tatmini, Sağlık Hizmetleri Pazarlaması, Şehir Hastaneleri.

ABSTRACT

HEALTH SERVICES MARKETING AND SERVICE SATISFACTION IN CITY HOSPITALS: BILKENT EXAMPLE

GÖKÇE, Oğul

M.A. in International Trade and Its Logistics

Supervisor: Prof. Dr. Mahir NAKİP

December 2021, 187 pages

Developments in Science and Technology, health sector made significant achievements. Due to growing rate of population, healthcare providers adjust their services to worldwide standards.

The primary goal of medical services is to provide necessary medical services in acceptable and affordable conditions. The quality of health services depends on the country's economy and growth rate.

Healthcare providers should adjust their marketing based on their patients' satisfaction. Patients and the relatives of the patients inspect hospital's information desk, hospital's admissions, polyclinic service qualities, doctors, nurses and other hospital personnel's behaviors, also they analyze psychical and environmental conditions.

In these years, due to the healthcare demand, patient's obligations and their competitive selection created competition between hospitals. Increase in healthcare providers and competition made healthcare presentations and services satisfactory for patients.

The thesis look into; significance of healthcare services marketing, reason of city hospital's establishments in Turkey and worldwide, healthcare sector build operate transfer model Public-Private cooperation(KÖİ) advantages and disadvantages with highlight of patients who go to city hospitals' acceptance and satisfactions in Turkey and worldwide, improvement works under the how to achieve more

satisfaction, for healthcare marketing, measuring patients' satisfaction and making demographic distinction.

Firstly, in this analysis healthcare services and marketing is checked under literature. In the second part, patients who use healthcare services are looked into satisfaction which is based on the terms of patient's acceptance and satisfaction terms. In the third part, thesis observe reason of city hospital's establishments in Turkey and worldwide and Public-Private cooperation (KÖİ) advantages and disadvantages. Lastly, based on the 5-point Likert scale questionnaire of people who use Ankara Bilkent City Hospital is made. The questionnaire applied on the patients who go to polyclinic of Bilkent City Hospital.

Keywords: Patient Satisfaction, Patient Pleasure, Healthcare Marketing, City Hospitals.

TEŞEKKÜR

Tez çalıŐmalarım sűresince deęerli yardım ve katkılarıyla beni bilgilendiren ve yűnlendiren tez danıŐmanım Uluslararası Ticaret ve Finansman Bűlűm BaŐkanı Prof. Dr. Mahir NAKİP Hocama, űęrencilięim sűresince desteęini esirgemeyen Uluslararası Ticaret ve Finansman Bűlűm BaŐkan Yardımcısı Prof. Dr. Dilek TEMİZ DİN'e, tez jűrime katılan Hacı Bayram Veli Ŭniversitesi İktisadi Ve İdari Bilimler Fakűltesi/Uluslararası Ticaret Bűlűműnden Prof. Dr. Beyhan MARŐAP Hocama, hasta memnuniyeti ile ilgili anket çalıŐmalarıma destek veren annem Sema GűKE, kardeŐim Ŭvűl GűKE'ye ve maddi manevi destekleriyle beni hiçbir zaman yalnız bırakmayan babam Atilla GűKE'ye teŐekkűrű bir borç bilirim.

İÇİNDEKİLER

TEZDE İNTİHAL BULUNMADIĞINA İLİŞKİN SAYFA.....	iii
ÖZET.....	iv
ABSTRACT.....	vi
TEŞEKKÜR.....	viii
İÇİNDEKİLER.....	ix
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	ivx
TABLolar LİSTESİ.....	xv
ŞEMALAR LİSTESİ.....	xvii
RESİMLER LİSTESİ.....	xviii
KISALTMALAR LİSTESİ.....	xix
GİRİŞ.....	1
BÖLÜM I.....	6
SAĞLIK PAZARLAMASI VE HİZMETLERİ.....	6
1.1. SAĞLIK KAVRAMI VE SAĞLIK PAZARLAMASI.....	6
1.2. SAĞLIK HİZMETLERİ VE PAZARLAMASI.....	8
1.3. SAĞLIK HİZMETLERİ PAZARLAMASININ ÖZELLİKLERİ.....	11
1.4. SAĞLIK HİZMETLERİ PAZARLAMASININ ÖNEMİ.....	11
1.5. SAĞLIK HİZMETLERİ PAZARLAMASININ GELİŞİMİ.....	13
1.6. SAĞLIK HİZMETLERİNİN ÖNEMİ VE AMACI.....	13
1.7. SAĞLIK HİZMETLERİNİN KAPSAMI.....	15
1.8. SAĞLIK HİZMETLERİNİN SINIFLANDIRILMASI.....	17
1.8.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri.....	17
1.8.1.1. Çevreye Dair Koruyucu Sağlık Hizmetleri.....	18
1.8.1.2. İnsan Dair Koruyucu Sağlık Hizmetleri.....	19
1.8.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri.....	19
1.8.3. Rehabilite Edici Sağlık Hizmetleri.....	20
1.8.3.1. Tıbbi Rehabilitasyon.....	21
1.8.3.2. Toplumsal Rehabilitasyon.....	21
1.8.4. Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri.....	21

1.9. SAĞLIK HİZMETLERİNDE PAZARLAMA STRATEJİLERİ.....	22
1.10. SAĞLIK HİZMETLERİ PAZARLAMASINI DESTEKLEYEN GÖRÜŞLER.....	23
1.11. SAĞLIK HİZMETLERİ PAZARLAMASINA YÖNELİK ELEŞTİRİLER.....	24
1.12. SAĞLIK HİZMETLERİNİ DİĞER HİZMETLERDEN AYIRAN ÖZELLİKLER.....	27
1.13. SAĞLIK HİZMETLERİNDE BAZI PERFORMANS GÖSTERGELERİ.....	29
1.14. TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİNİN SUNULMASI SUNULMASI.....	30
BÖLÜM II.....	34
SAĞLIK HİZMETLERİNDEN YARARLANAN HASTALARIN MEMNUNİYETİ.....	34
2.1. HASTA TANIMI VE MEMNUNİYETİ.....	34
2.1.1. Şehir Hastanelerinde Hasta Memnuniyeti.....	36
2.2. HASTA MEMNUNİYETİNİN ÖNEMİ	38
2.3. HASTA MEMNUNİYETİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER.....	39
2.3.1. Hastaya Ait Faktörler.....	39
2.3.2. Hastane Personeli Faktörü.....	40
2.3.2.1 Hasta ve Hekim Etkileşimi.....	40
2.3.2.2 Hasta ve Hemşire/Hastabakıcı Etkileşimi.....	41
2.3.2.3 Hastalar ve Diğer Hizmet Personeli ile Etkileşimler.....	41
2.3.3. Fiziksel Veya Çevresel Faktörler.....	42
2.3.3.1. Hastanenin Hizmet Kalitesini Belirleyen Etkiler.....	42
2.3.4. Bürokrasiden Kaynaklanan Faktörler.....	42
2.3.5. Güven Duymayla İlgili Faktörler.....	43
2.3.6. Beslenme Hizmetleri.....	43
2.3.7. Bilgiye Dayalı Faktörler.....	43
2.3.8. Ücrete Dayalı Faktörler.....	44
2.4. HASTA MEMNUNİYETİNİ AZALTAN VEYA ARTIRAN FAKTÖRLER	44
2.5. HASTA MEMNUNİYETİNİN ÖLÇÜLMESİ.....	46
2.6. HASTA MEMNUNİYETİNİ ÖLÇÜM YÖNTEMLERİ.....	46

2.6.1. Anket Yöntemi.....	46
2.6.2. Telefonla Görüşme Yöntemi.....	47
2.6.3. Yüz yüze Görüşme Yöntemi.....	47
2.6.4. Posta ve Elektronik Posta Yoluyla Yapılan Anket.....	48
2.6.5. Odak Grup Görüşmeleri Yoluyla Bilgi Toplanması.....	48
2.6.6. Yönetimsel Gözlemler.....	49
2.6.7. Çalışma Grupları.....	49
2.6.8. Hastalardan Personele Gelen Geri Bildirim.....	50
BÖLÜM III.....	51
DÜNYADA VE TÜRKİYE’DE ŞEHİR HASTANELERİ.....	51
3.1. DÜNYADA VE TÜRKİYE’DE ŞEHİR HASTANELERİ	51
3.1.1. Dünyada Şehir Hastaneleri.....	53
3.1.1.1. İngiltere.....	54
3.1.1.2. Kanada.....	56
3.1.1.3. Avustralya.....	57
3.1.1.4. İtalya.....	57
3.1.1.5. Polonya.....	58
3.1.1.6. Çin.....	58
3.1.1.7. Rusya.....	59
3.1.1.8. Brezilya.....	60
3.1.1.9. İrlanda.....	61
3.1.1.10. Portekiz.....	61
3.2. TÜRKİYE’DE ŞEHİR HASTANELERİN TARİHÇESİ	63
3.3. ŞEHİR HASTANELERİN İN KURULUŞ AMACI.....	66
3.3.1. Şehir Hastanelerinde Kamu-Özel İşbirliği Genel Özellikleri.....	67
3.3.1.1. Kamu-Özel İşbirliğinin Avantaj Ve Dezavantajları.....	68
3.3.1.1.1. Sağlık Çalışanları Üzerindeki Etkileri.....	69
3.3.1.1.2. Sağlık Hizmeti Alan Hastalar Üzerindeki Etkileri.....	70
3.3.2. Türkiye’de Kamu-Özel İşbirliği ile Kurulan Şehir Hastaneleri.....	72
3.3.3. Şehir Hastanelerinin Genel Avantajları.....	75
3.3.3.1. Mersin Şehir Hastanesi	77

3.3.3.2. Isparta Şehir Hastanesi	78
3.3.3.3. Adana Şehir Hastanesi	78
3.3.3.4. Yozgat Şehir Hastanesi	79
3.3.3.5. Kayseri Şehir Hastanesi	80
3.3.3.6. Manisa Şehir Hastanesi	81
3.3.3.7. Elazığ Şehir Hastanesi	80
3.3.3.8. Ankara Bilkent Şehir Hastanesi	82
3.3.3.9. Eskişehir Şehir Hastanesi	83
3.3.3.10. Bursa Şehir Hastanesi	84
3.3.3.11. İstanbul Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi.....	85
3.3.3.12. Tekirdağ Şehir Hastanesi	86
3.3.3.13. Konya Karatay Şehir Hastanesi.....	87
3.3.3.14. Kocaeli Şehir Hastanesi	87
3.3.3.15. Kütahya Şehir Hastanesi	88
3.3.3.16. Ankara Etlik Şehir Hastanesi	89
3.3.3.17. Gaziantep Şehir Hastanesi	90
3.3.3.18. İzmir Bayraklı Şehir Hastanesi.....	91
BÖLÜM IV.....	92
ANKARA BİLKENT ŞEHİR HASTANESİNDEN YARARLANAN HASTALARIN MEMNUNİYETİNE YÖNELİK BİR UYGULAMA.....	92
4.1.ÇALIŞMANIN KONUSU AMACI VE ÖNEMİ.....	92
4.2. LİTERATÜR TARAMASI.....	93
4.2.1. Sağlık Hizmetleri Pazarlaması ve Şehir Hastaneleri İle İlgili İlgili Yapılan Tezler.....	94
4.2.2. Makaleler.....	100
4.2.3. Dergiler.....	105
4.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEM.....	106
4.4. ARAŞTIRMANIN KISITLARI	106
4.5. ARAŞTIRMANIN METODOLOJİSİ.....	107
4.5.1. Tek Faktörlü veya Tek Yönlü Varyans (ANOVA) Analizi.....	107
4.5.2. Tek faktörlü Çoklu Varyans Analizi(MANOVA).....	107
4.6. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ.....	109
4.7. VERİLERİN ANALİZİ VE BULGULAR.....	110

4.7.1. Sağlık Hizmetleri Memnuniyeti Ölçen İfadelerin Sıklık Analizi.....	110
4.7.1.1. Araştırmaya Katılan Hastaların Demografik Yapılarının Frekans Analizi Yöntemiyle İncelenmesi.....	111
4.7.2. Sağlık Hizmetleri Memnuniyeti Ölçen İfadelerin Gruplandırılması.....	118
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	140
KAYNAKÇA.....	148
EKLER.....	163
EK 1: ANKET FORMU.....	163
EK 2: ÖZGEÇMİŞ.....	167



ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1: Katılımcıların Cinsiyeti.....	119
Şekil 2: Katılımcıların Yaş Aralığı.....	120
Şekil 3: Katılımcıların Eğitim Durumları	121
Şekil 4: Katılımcıların Meslekleri	122
Şekil 5: Katılımcıların Gelir Durumları.....	123
Şekil 6: Katılımcıların Sahip oldukları Sosyal Güvenceler.....	124
Şekil 7: Katılımcıların Randevu Alma Durumu.....	125

TABLolar LİSTESİ

Tablo 1: İmalat İşletmelerinde ve Hastanelerde Pazarlamanın Gelişimi.....	13
Tablo 2: Sağlık Kurumlarında İç ve Dış Müşteriler.....	37
Tablo 3: KÖO Kapsamında Yüklenici Firma Tarafından Sunulacak Hizmetler.....	70
Tablo 4: Dünyada Sağlık Kamu-Özel İşbirliği Uygulamaları.....	72
Tablo 5: Bilkent Şehir Hastanesinin Bölümleri.....	78
Tablo 6: Hizmete Açılan ve Projesi Devam Eden Şehir Hastanelerin Listesi.....	79
Tablo 7: Şehir Hastanelerinin Genel Avantajları.....	81
Tablo 8: Katılımcıların Cinsiyeti.....	119
Tablo 9: Katılımcıların Yaş Aralığı.....	120
Tablo 10: Katılımcıların Eğitim Durumu.....	121
Tablo 11: Katılımcıların Meslek Grupları.....	122
Tablo 12: Katılımcıların Gelir Durumu.....	123
Tablo 13: Katılımcıların Sahip oldukları Sosyal Güvenceler.....	124
Tablo 14: Katılımcıların Randevu Alma Durumu.....	125
Tablo 15: KMO ve Bartlett's Testi.....	127
Tablo 16: Hastaların Danışma ve Poliklinik Personelini Değerlendirme Verilerinin Cinsiyete göre Tek Faktörlü Varyans (ANOVA) Analizi.....	128
Tablo 17: Hastaların Danışma ve Poliklinik Personelini Değerlendirme Verilerinin Yaşa Göre Tek Faktörlü Varyans (ANOVA) Analizi.....	129
Tablo 18: Hastaların Danışma ve Poliklinik Personeli Değerlendirme Verilerinin Eğitime Göre Tek Faktörlü Varyans(ANOVA) Analizi.....	131
Tablo 19: Hastaların Danışma ve Poliklinik Personelini Değerlendirme Verilerinin Gelire Göre Tek Faktörlü Varyans (ANOVA)	

Analizi.....	131
Tablo 20: Hastaların Danışma ve Poliklinik Personelini Değerlendirme Verilerinin Güvenceye Göre Tek Faktörlü Varyans (ANOVA) Analizi.....	132
Tablo 21: Hastaların Danışma ve Poliklinik Personelini Değerlendirme Verilerinin Cinsiyete Göre Tek Faktörlü Varyans (ANOVA) Analizi.....	133
Tablo 22: Hastaların Doktor ve Sağlık Personelini Değerlendirme Verilerinin Eğitime Göre Tek Faktörlü Varyans (ANOVA) Analizi.....	134
Tablo 23: Hastaların Doktor ve Sağlık Personelini Değerlendirme Verilerinin Gelire Göre İncelenmesi.....	134
Tablo 24: Hastaların Doktor ve Sağlık Personelini Değerlendirme Verilerinin Güvenceye Göre İncelenmesi.....	135
Tablo 25: Hastaların Hastane Hizmetlerini Değerlendirme Verilerinin Cinsiyete Göre İncelenmesi.....	137
Tablo 26: Hastaların Hastane Hizmetlerini Değerlendirme Verilerinin Güvenceye Göre İncelenmesi.....	138
Tablo 27: Hastaların Hastane Hizmetlerini Değerlendirme Verilerinin Güvenceye Göre Faktörler Arası Test İle İncelenmesi.....	139
Tablo 28: Hastaların Hastane Hizmetlerini Değerlendirme Verilerinin Şefe Testi Tablosu.....	142

ŞEMALAR LİSTESİ

Şema 1: Sağlık Hizmetleri Pazarlamasında Asıl Şeması	9
Şema 2: Sağlık Hizmetlerinde Ayrıntılı Şema.....	17
Şema 3: Sağlık Hizmetlerinin Geliştirilmesi Şeması	18



RESİMLER LİSTESİ

Resim 1. Ankara Bilkent Şehir Hastanesinden bir görünüm.....	67
Resim 2. Mersin Şehir Hastanesinden bir görünüm.....	82
Resim 3. Isparta Şehir Hastanesinden bir görünüm.....	83
Resim 4. Adana Şehir Hastanesinden bir görünüm.....	83
Resim 5. Yozgat Şehir Hastanesinden bir görünüm.....	84
Resim 6. Kayseri Şehir Hastanesinden bir görünüm.....	85
Resim 7. Manisa Şehir Hastanesinden bir görünüm.....	86
Resim 8. Elazığ Şehir Hastanesinden bir görünüm.....	86
Resim 9. Ankara Bilkent Şehir Hastanesinden bir görünüm.....	87
Resim 10. Eskişehir Şehir Hastanesinden bir görünüm.....	88
Resim 11. Bursa Şehir Hastanesinden bir görünüm.....	89
Resim 12. Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesinden görünüm.....	90
Resim 13. Tekirdağ Hastanesinden görünüm	91
Resim 14. Konya Karatay Şehir Hastanesinden görünüm (İnşaatı henüz tamamlanmamış).....	92
Resim 15. Kocaeli Şehir Hastanesi Hastanesinden görünüm (İnşaatı henüz tamamlanmamış).....	93
Resim 16. Kütahya Şehir Hastanesi Hastanesinden görünüm (İnşaatı henüz tamamlanmamış).....	94
Resim 17. Ankara Etlik Şehir Hastanesi Hastanesinden görünüm (İnşaatı henüz tamamlanmamış).....	95
Resim 18. Gaziantep Şehir Hastanesi Hastanesinden görünüm (İnşaatı henüz tamamlanmamış	96
Resim 19. İzmir Bayraklı Şehir Hastanesi Hastanesinden görünüm (İnşaatı henüz tamamlanmamış).....	97

KISALTMALAR LİSTESİ

- JPY: Japon Yeni
KMO: Kaiser-Meyer-Olkin
KÖİ: Kamu-Özel İşbirliği
KÖO: Kamu Özel Ortaklığı
PPP: Public Private Partnerships
SB: Sağlık Bakanlığı
SDP: Sağlıkta Dönüşüm Projesi
STK: Sivil Toplum Kuruluşları
TBMM: Türkiye Büyük Millet Meclisi
TKY: Toplam Kalite Yönetimi
TUIK: Türkiye İstatistik Kurumu
VIP: Very İmportant Person

GİRİŞ

Sağlık, tüm toplumu etkileyen ve sağlıklı bireylerin sağlıklı toplumları oluşturduğu noktadan hareketle insanın sahip olduğu ve kaybedilmemesi gereken çok önemli bir değerdir. İnsanların temel ihtiyaçlarından en önemlisi sağlıklı yaşamaktır ve bu insanlığın varoluşundan bu yana önem verilen konulardan biridir. Ülkemizde de dünyanın her tarafındaki gibi sağlık her geçen gün hem ekonomik anlamda hem de sosyal gelişme anlamında daha fazla önem kazanmıştır. Sağlıklı kalarak sağlıklı bir yaşam sürdürebilmek tüm insanların en doğal hakkıdır. Yaşam hakkının kullanılması da sunulan sağlık hizmetleriyle karşılanabilmektedir.

Sağlıkta verilen hizmetler, insan yaşamında çok önemli bir yer işgal etmektedir. Yaşam kalitesinin sürdürülmesinde, yükseltilmesinde ve korunmasında çok önemlidir. Sağlık hizmetleri, bireylerin mutlu ve huzurlu olmasını ve hayat kalitesine direct etki etmektedir. Bu bağlamda sağlık hizmetlerinin seviyesi, ülkelerin gelişmişlik düzeyini belirleyen kriterlerden biri olarak karşımıza çıkmaktadır. Tüm bu sebeplerden dolayı sağlık hizmetlerinin toplumsal ve bireysel yaşamda önemi büyüktür ve bireylerin sağlıklı olarak yaşamlarını sürdürmelerinde sağlık kurumlarının etkin bir rolü vardır.

Sağlık hizmeti veren kurumlar ekonomik boyutu olan ve toplumun sağlık sorunları ile ilgilenen sosyal kuruluşlardır. Bu kuruluşlar hizmet sektörü içerisinde yer aldığından ve hastalara kaliteli bir hizmet sunma çabasıyla verimli bir şekilde pazarlama ve işletmecilikte yenilikçi argumanlarla yönetilmeleri gerekliliğini ortaya çıkarmaktadır. Hastanelerin sağlık hizmetleri pazarlamasını meydana getiren hizmet, hastaların memnuniyetine farklı şekillerde etki eder. Bu durumda hastaların tedavi ve muayene gibi sağlık hizmetlerinden memnuniyetleri hizmeti aldıktan sonraki günlerde anlaşılabilir. Ancak, hastanede verilen hizmetler bakımından hastalar, hizmeti veren doktorların, hemşirelerin ve diğer sağlık personelinin kendileriyle ne kadar ve nasıl ilgilendiklerini gözleyerek hastane personeli hakkında değerlendirmelerde bulunurlarken ayrıca hastanenin fiziksel konumu ve otopark vs. gibi diğer konularda da gözlem yaparlar. Mevcutta tüm işletmelerde olduğu gibi sağlık işletmeleri de hasta

merkezli düşünmeye öncelik vermek durumundadırlar. Buradaki amaç, sağlık hizmeti alan hastaların beklenti ve ihtiyaçlarının tamamına cevap verebilmektir. Hastaneler hizmeti kaliteli sunabilmeleri için, hastaların beklentilerini belirlemeli ve hizmetlerini buna göre planlamaları gerekmektedir. Böylece hastaların beklentileri karşılandığında hasta tatmini, beklentilerinin üstünde hizmet aldıklarında ise hasta memnuniyeti sağlanmış olacaktır.

Sağlık kurumlarının verdikleri hizmetlerin sonuçlarına göre hasta memnuniyeti, hastaların hizmet beklentilerinden edindikleri yararlar, gösterilen performans, kişilerin sosyal kültürüne, yaşamına ve alışkanlıklarına uygun olup olmadığı ile belirlenebilecek bir durumdur. Sağlık kurumlarında hasta memnuniyetini belirleyici olan temel etken hastaların yönetimden ve personelden olan beklentileridir. Bu beklentiler hastaların yaşına, cinsiyetine, eğitim düzeyi gibi demografik özelliklerine göre değişkenlik gösterebildiği gibi sağlık kurumlarından aldıkları sağlık hizmetleriyle ilgili olarak önceki tecrübelerine göre de farklılık gösterebilmektedir. Hasta merkezli pazarlamada gaye, mevcut ve potansiyel hastaların ihtiyaç ve beklentilerinin rekabet edilen diğer sağlık kurumlarına göre daha etkili bir şekilde karşılamak suretiyle hastaları tatmin ve memnun etmek ve daha kaliteli hizmet sunmaktır.

Hasta memnuniyeti, sağlık kurumunun sunduğu hizmetin hastanın ihtiyaçlarını hangi oranda karşıladığı, verilen hizmetin almak istediği yararın ne kadarını karşıladığı ve hizmet sonrasında kurum hakkındaki düşüncelerinin göstergesidir. Bununla birlikte hizmeti alırken ne gibi etkenlerin olduğunu ve hizmetteki sürekliliğinin önemi hasta için büyüktür. Sağlık kurumlarında hasta memnuniyeti esas olarak hastaların doktor, hemşire, hastabakıcı ve diğer sağlık personelinin ilgisi ve onlarla olan diyalogu, laboratuvar ve radyoloji hizmetleri, bürokratik işlemler, hızlı ve kaliteli hizmet, temizlik ve hijyen, ileri düzeyde bir teknolojik donanım ve idarenin gösterdiği anlayış ve işleyiş gibi etkenlerle yakından ilişkilidir. Bu nedenle sağlık hizmetlerinin planlanması, uygulanması ve takip edilmesinde hasta memnuniyeti mutlaka dikkate alınmalıdır.

Sağlık Kurumları Pazarlaması, Yönetimi ve İşletmeciliği tüm dünyada olduğu kadar Türkiye’de de çok önemlidir. Sağlık kurumları hastalara hizmet verirken hem tıbbi, hem de ticari yönden başarılı olmak durumundadırlar. Bu kurumlar, ticari işletme mantığı ile çalıştığından, ayakta kalabilmek için verdikleri sağlık hizmetinden kar etmek zorunda kalmaktadırlar. Bu nedenlerden dolayı tüm kurumlar gibi sağlık

kurumları da pazarlamaya ihtiyaç duymaktadır. Sağlık pazarlamasında sadece özel sağlık kurumları değil, kamu sağlık kurumlarının da pazarlama yapması gerekmektedir. Türkiye'de tıbbi bakım yıllardır devlet tarafından bir amme hizmeti olarak sunulmaktadır. Günümüzde insan sağlığının öneminin artmasıyla sağlık sektöründe özel kurumlar da sağlık sistemine dahil olmuş ve 2000'li yıllardan sonra artarak faaliyetlerine devam etmişlerdir.

Sağlık hizmetlerindeki pazarlama ve maliyetler hem sağlık kurumları hem de hastalar için çok değerli ve önemlidir. Bu sebeple sağlık hizmetleri veren kurumlar arasında rekabet oluşturularak hastaların bu hizmetlerden daha uygun şartlarda yararlanabilmesi sağlanmalıdır. Sağlık kuruluşlarının tanıtım faaliyetleri çeşitli araçlar vasıtasıyla hastalara ulaştırılabileceğinden oluşan rekabet ortamıyla birlikte üretilen hizmetlerin kalitesi de artacaktır.

Ancak, tıbbi hizmetlerin nasıl tanıtılacağı konusunda yasal düzenlemeler bulunmaktadır. Bu düzenlemelere rağmen özel sağlık kurumlarının reklam faaliyetleri gözlenmektedir. Amerika Birleşik Devletlerinde ise tanıtım ve rekabet sağlığa zarar vermemek şartlarıyla uygulanmaktadır.

Bütün sağlık hizmetlerinin entegre bir şekilde sunulduğu şehir hastaneleri sağlık hizmetleri anlamında ekonomiye ve sağlık turizmine yapacağı katkı ve etkileriyle oldukça başarılı sonuçlar getireceği düşünülmektedir. Teşhis ve tedavide yeni teknolojilerin uygulandığı, hasta yatak sayılarının artırıldığı, yatış sürelerinin verilen tedavi ile kısaltıldığı, hastaneler arası hasta naklinin azaltıldığı, hasta güvenliği ve memnuniyetinin artırılarak insanların güveninin kazanıldığı akıllı hastanelerin ülkemize artı değer kazandıracığı bir gerçektir. "Sağlıkta Dönüşüm" programı kapsamında başlatılan "Kamu-Özel İşbirliği"(KÖİ) projeleri kamuoyunda "Şehir Hastaneleri" olarak da bilinen dönüşüm projeleri, geleceğe yönelik en önemli projelerdendir. İlk olarak 2011 yılında Kayseri Şehir Hastanesi ile başlayan Şehir Hastaneleri projesi, ilk olan ve Akdeniz Bölgesi'nde bulunan Mersin Şehir Hastanesi'nin Sağlık Bakanlığına bağlı Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü tarafından hayata geçirilmesinin ardından diğer şehir hastaneleri projeleri devreye sokulmuştur.

Bu tezde genel olarak akıllı hastaneler olarak tabir edilen şehir hastanelerinden biri olan Bilkent Şehir Hastanesindeki sağlık hizmetlerinin pazarlanması ve hasta memnuniyetini ölçmeye yönelik bir çalışma yapılmıştır. Buradaki temel amaç: şehir hastanelerinin verdiği hizmetlerin hastalar tarafından nasıl değerlendirildiğini tespit

ederek, hastalar için hangi kriterlerin önemli olduğu ve bunlarla ilgili memnuniyet düzeylerinin saptanması, polikliniklerde muayene hizmeti alan hastaların aldıkları hizmetin kalitesini ölçerek hastaların demografik özelliklerinin, memnuniyet düzeylerine ne kadar etki ettiğini istatistik açısından saptayabilmek için yapılmıştır.

Bu çalışmada; 01.08.2021- 31.08.2021 tarihleri arasında Ankara'nın Çankaya ilçesinde bulunan Bilkent Şehir Hastanesinin çeşitli polikliniklerinde ayaktan tedavi alan hastaların, yapılan ankete verdikleri yanıtlar esas alınarak, hastaneden aldıkları hizmetlerin memnuniyet seviyesinin saptanması amaçlanmaktadır. Burada memnuniyet düzeyinin seviyesine göre belirlenecek tabloların yorumlanarak hastanenin işleyişi ile ilgili yapılması beklenen iyileştirme çalışmalarının genel hatlarıyla belirlenmesi ana hedefdir.

Bu tez çalışması, dört kısımdan meydana gelmektedir. İlk kısımda; sıhhat pazarlaması ve sunumlarıyla ilgili asıl kavramlar açıklanmaktadır. Bu içerikte alt başlıklar olarak; sağlık kavramı ve sağlık pazarlaması, sağlıkta hizmet pazarlaması, sağlık hizmetlerinin pazarlanmasının özellikleri, ehemmiyeti, gelişimi, sağlık hizmetlerinin önemi amacı, içeriği, özellikleri ve sınıflandırılması üzerinde durulmuştur. Birinci bölümün sonunda sağlık hizmetlerinde pazarlama stratejileri, sağlık pazarlamasını destekleyen görüşler, eleştiriler, sağlık hizmetlerini diğer hizmetlerden ayıran özellikler, bazı performans göstergeleri ve Türkiye'de sağlık hizmetlerinin sunulması ile ilgili kapsamlı bir araştırma yapılmıştır.

İkinci bölümde; sağlık hizmetlerinden yararlanan hastaların memnuniyeti üzerinde durulmuştur. Bu kapsamda, hasta tanımı, memnuniyeti, hasta memnuniyetinin önemi ve etkileyen faktörler ile hasta memnuniyetini azaltan veya artıran faktörler üzerinde durulmuştur. İkinci bölümün sonunda hasta memnuniyetinin ölçülmesi ve ölçüm yöntemleri üzerinde durulmuştur.

Üçüncü bölümde konu olarak Dünyada ve Türkiye'de şehir hastaneleri üzerinde durulmaktadır. Öncelikle Dünyada ilk olarak kamu - özel işbirliği ile açılan şehir hastanelerini kuran on ülkenin şehir hastaneleri ve tarihçeleri, Türkiye'deki şehir hastanelerinin kuruluş amaçları ve tarihçeleri, kamu-özel işbirliğinin genel özellikleri üzerinde çalışılmış ve kamu-özel işbirliğinin avantajları ve dezavantajları incelenmiştir. Üçüncü bölümün son kısmında ise Türkiye'de kamu - özel işbirliği ile açılan on sekiz şehir hastanesinin özellikleri incelenmesi yapılmıştır.

Dördüncü ve son bölümde, önceki kısımlarda elde edilen verilerin hastanedeki uygulama alanı ve çalışma şeklinin saptanmasına yönelik uygulama yer almaktadır.

Öncelikle çalışmanın konusu, amacı ve önemi üzerinde yapılan araştırma ve literatür taramasından sonra araştırmanın uygulama bölümünde, Ankara ili, Çankaya ilçesinde bulunan Bilkent Şehir Hastanesi'ne başvuran ayaktan hastaların memnuniyet düzeyi, 5'li Likert ölçeğinde yapılan 41 soruluk anket ile belirlenmiştir.

Bu aşamadan sonra hastalara uygulanan anket sorularına verilen cevaplar IBM SPSS programına değişkenler olarak girilmiştir. Araştırmaya göre bu tezde varılmak istenen hipotezlerin yol göstericiliğinde anketin birinci bölümünde ankete katılan hastaların demografik özellikleri Frekans Analizi kullanılarak incelenmiştir.

Anket sorularının sorulduğu ikinci bölümde ise hastaların tıbbi bakım aldığı tesisle ilgili genel hizmet değerlendirme bilgileri içinde Tek Yönlü bir Varyans Analizi (ANOVA) yöntemi ile araştırılmıştır. Katılımcı hastaların verdikleri cevaplarda anket sorularından hastane hizmetlerini değerlendirmelerinde verilerin birden fazla bağımlı değişkenin bulunduğu kısımlarda Tek Faktörlü Çok Değişkenli Varyans Analizi (MANOVA) testleri yapılmıştır. Şefe Testi ile güvenceler veri kümesi içinde yapılan karşılaştırma ile faktörler arasındaki farkın kaynağının belirlenmesine çalışılmıştır. Araştırmanın sonuçları buradan elde edilen bulgular göz önüne alınarak yorumlanmıştır.

Bilkent Şehir Hastanesinin polikliniklerindeki hasta tatminsizlik ve memnuniyetsizliğinin önlenmesi konusunda yapılacak çalışmalara katkı sağlayacak bu anket ile, hastanenin tercih edilebilir olması sağlanarak tatmin düzeyi yüksek hasta potansiyeli oluşturulabilecektir. Bu bağlamda yapılan anket tüm planlamalara rehberlik ederek boşa harcanan zaman, emek ve paranın en aza indirilmesine yardımcı olacaktır. Bu araştırmadan elde edilen sonuçlar ayrıca şehir hastanelerin yöneticilerine verilen hizmetlerdeki önceliklerinde yol gösterici olacaktır.

BÖLÜM I

SAĞLIK PAZARLAMASI VE HİZMETLERİ

1.1. SAĞLIK KAVRAMI VE SAĞLIK PAZARLAMASI

Sıhhat, tüm canlılarda fiziksel, kültürel, sosyal ve ruhsal yönleri vardır ve birbiriyle yakından ilişkili bağlardan oluşur. Sıhhatli olma ve hastalanma birbirine karşıt, aralarında anlam bütünlüğü olan ve toplumsal yaşamda farklı etkileşimlerle çözülecek boyuttaki kavramlardır. Dünya Sağlık Örgütü'nün(DSÖ) izah ettiği hastalık tanımı farklı bir şekilde açıklamak gerekirse, herhangi bir canlının hücre yapısının vücut fonksiyonlarının çalışmasını normal olarak yerine getirmesidir diye tanımlanabilir.

Diğer taraftan; sağlık, tüm canlılar için önemli aktivite sağlayan metabolizmanın etkin bir işlevidir. Genetik faktörler sağlık için birinci derecede önemli faktördür. Bundan başka sosyal durumlar, ekonomik şartlar ve çevresel faktörler, sağlık hizmetlerine ulaşabilmek, kültürel yapı, yaşam tarzı da sağlığı etkileyen öğelerdir. İnsanların genel halini ruhsal ve bedensel durumları ifade eder. Tıbbi olarak sağlık; yaralanma ve hastalanma olmadan, ağrıdan uzak bir biçimde ruhsal ve fiziksel bir problemin olmadığı standartlara uygun bir yaşam şekli olarak tanımlanabilir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) 1948'de sağlığı, hastalık ve yorgunluk olmaksızın sosyal ve zihinsel olarak iyi olma hali olarak tanımlamıştır.

Pazarlama ise genel anlamda; ihtiyaca ve isteklere göre ortaya çıkan bir terimdir. Pazarlama kavramı önemine binaen tüketenler ve toplum için farklı tanımlanmıştır. Pazarlamanın kısaca tanımı ise “mal ve hizmetlerin üreticiden tüketiciye veya kullanıcıya doğru bir şekilde ulaştırılmasını sağlayarak yapılması gerekli işletme faaliyetlerinin yerine getirilmesidir” (Tengilimoğlu 2014: 16). Pazarlama, hizmetlerin üretiminden tüketiciye kadar geçen süredir. Herhangi bir işletmede mal üreterek tüketiciye bu malı sunmak gerçekte pazarlama yapmaktır. Dolayısıyla buradaki tüm çalışanlar pazarlamacıdır denilebilmektedir. Pazarlama yeni kazanılan müşterileri en iyi ederi vererek etkilemek ve sabit müşterilerini de tatmin etmek suretiyle kapsama alanında bulundurma ve artırma sürecidir (Kotler ve Armstrong 2014: 24).

Pazarlama başka bir tanıma göre, insanların ürün ve hizmetlere istedikleri yerde, istedikleri zaman ulaşmalarının sağlanmasıdır.

İktisatçılara göre pazarlama, zaman, mekan ve mülk getirisi oluşturan eylemlerdir. Hizmet ve mal üretimi ve tüketimi evresinde yer ve zaman farkı olsa da, bu ayrımı pazarlama giderir ve dengeler. Hizmetlerin ve malların başka birine devir edilmesiyle mülkiyet yararı sağlanmış olur (Yükselen 2000: 17). Pazarlama kaynakları tamamen insanların ihtiyaçlarına göre oluşturulur. Bu ihtiyaçlarla birlikte talep ve talep edilen ürünler ortaya çıkmaktadır. Aynı zamanda ürün kalitesi, işlemler ve ilişkilerde pazarlamayı etkileyen faktörlerdendir (Bennet ve Karafakioğlu 1998: 105).

Sağlık pazarlaması; sağlık ve pazarlamanın kavramlarının birleşmesiyle oluşmuş, hastaların ihtiyaçlarının karşılanması için sağlık kurumlarının ürettikleri hizmetlerden hastaların faydalanacağı inancıyla sunulduğu ve bunların ekonomik olarak müşteriye faydalı olacak şekilde dağıtılarak benimsenmesi olarak tanımlanabilir.

Sağlık alanında pazarlama kavramı son zamanlarda ortaya çıkmıştır. 1970'lerden bu yana özel tıp merkezlerinin kurulmasıyla birlikte, özel sağlık merkezlerinin yaygınlaşması sağlıkta pazarlama uygulamaları olarak adlandırılan yeni bir alan ortaya çıkarmıştır. Bu şekilde çoğalan sağlık kurumları arasında rekabet yoğunlaştıkça hastalara müşteri gibi davranılmaya başlanmıştır. Son yüzyılda yaşanan nüfusun çoğalması, iklimin değişmesi ve çevre sorunları kaynaklı hastalıklar nedeniyle sağlık hizmetlerine talep Türkiye ve dünyada artmıştır (Akkılıç 2002: 207).

Kaptanoğlu (2000: 156-157)'nin pazarlama tanımı "insan ihtiyaçlarını talebe dönüştüren ürün geliştirme sanatıdır." "Bireysel ve örgütsel amaçları gerçekleştirmeye hizmet edecek fikir, mal ve hizmetlerin tasarımı, fiyatlandırılması, tanıtım ve dağıtımının planlanması ve yürütülmesi sürecidir."

Buna göre pazarlama:

- ♣ Yönetim sürecidir,
- ♣ Özenle geliştirilmiş programlardan oluşur,
- ♣ Arz ve talebe karşılık olarak ürünün faydalarını sağlayarak dikkat çekici koşullar yaratır ve onları farklı etki yollarıyla değiştirmeye çalışır.
- ♣ İhtiyaçlara tesbit ederek hedef pazarlar yaratır,
- ♣ Müşteri odaklı bir yaklaşımı temsil eder,

- ♣ İşletmenin hayatta kalmasına, mali yönden güvenilir yapıya ulaşmasına destek sağlar,
- ♣ Pazarlama karması öğelerini kullanarak sonuçlar oluşturur.

1.2. SAĞLIK HİZMETLERİ PAZARLAMASI

Sağlıkta hizmet, diğer sektörlerle göre daha önemlidir. Bunlar, tıbbi tesislerin yeterlilikleri, sağlık çalışanlarının yetenek ve deneyimi, tıbbi tesiste yapılan muayeneler, ilaç üreticilerinin ürettiği mal ve hizmetleri ve hastalara sunulan sağlık hizmetleri olarak tanımlanmaktadır. Özel poliklinikler, kamu veya özel hastaneler, yaşlı ve hasta bakım evleri, sağlık laboratuvarları, doktorlar, halk sağlığı için mevcut sağlık kuruluşları ve eczaneler sağlık hizmetleri sağlamakla görevlidirler.

Toplumda bütün kesimlere hitap eden organize bir sağlık hizmeti uygulamasının yayılması 2. Dünya Savaşı bitimine doğru gerçekleştirilmiştir. O yıllarda pazarlama ilminin ölçüsü değişik çevrelerde yayılma göstermiştir. Ürünlerin yanı sıra insanlara hizmet ve fikirlerin de pazarlanabileceği 1960'lı yıllarda yaygınlaşmıştır. 1970 yılının ikinci altı ayında sağlıkta hizmet pazarlaması konusunu birçok araştırmacı ele alarak pazarlama iliminin sağlık üzerinde uygulanabilirliği görüşünde karar aldıkları görülmüştür (Ekiyor 2009: 173).

Kâr ve hizmeti amaç edinmeyen kurumlarda **çağdaş marketing** anlayışı son 25 yılda gitgide ilk planda olmuş, tüketici **arzu** ve ihtiyaçlarının saptanarak, memnun edilmesi üzerine yenilikleri kapsayan pazarlama teriminin tıbbi faaliyetlerde lüzumlu olduğuna inanılmıştır. Böylece sağlık hizmetleri alanındaki kaynakların etkili kullanılarak hizmeti isteyen tüketicilerin ihtiyaçları karşılanmasıyla, sağlık pazarlaması planları ve uygulamaları önem kazanmıştır (Odabaşı 2002: 25).

Sağlık hizmeti pazarlaması tanımlarında farklı kişi tanımlarının aynı içerikte birleştiği görülmektedir. Buna göre tıbbi hizmetlerin ticarileştirilmesi; tıbbi hizmete ihtiyaç duyanların ihtiyaçlarını belirleyerek ve verilen hizmeti bu ihtiyaca göre şekillendirerek insanları bu hizmeti kullanmaya teşvik ederek gösterilebilir (Salman ve Uydacı 2011: 46).

Bir başka tanıma göre ise tıbbi hizmetler, insanların sağlığının korunması, teşhisi, tedavisi ve bakımına yönelik kişisel ve sistematik karma ve özel çabalar şeklinde açıklanmaktadır (Akkılıç 2002: 206).

Buna göre sağlık hizmetleri pazarlaması, "sağlık hizmetlerine yönelik ihtiyaçların saptanarak, uygun hizmetin tasarımının yapılması, fiyatlandırılması,

tanıtım ve dağıtımının planlanarak yürütülmesi suretiyle gerçekleştirilen fayda sağlama sürecidir” ve müşteri memnuniyetiyle ortaya çıkan ve düzenli uygulamaları içeren bir yapıya sahiptir.

Şema 1: Sağlık Hizmetleri Pazarlamasında Asıl Şema



Genel olarak hasta tatmini, sağlığın pazarlanmasında önemli faktörlerdendir. Çünkü sağlık şirketleri sundukları hizmetlerden maddi ve manevi olarak bir takım faydalar elde etmektedirler. Alınan hizmetten hasta memnuniyeti, hastanın aldığı hizmeti beğenme veya beğenmeme derecesini gösterir (Varinli ve Çakır 2004: 36). Hasta, hissettiği kalite ile beklediği kaliteyi karşıladıktan sonra memnun olup olmadığına varmaktadır (Berry vd. 1985: 44).

Öte yandan, tıbbi hizmetlerin pazarlanmasının bu kadar önemli ve gerekli olduğunun anlaşılması, alanda pek çok eleştiriye yol açmıştır. Pazarlamanın kaynak israfı olduğu, kaliteyi bozup düşürdüğü, gereksiz talep yarattığı ve hasta ayrımcılığı olduğu ileri sürülmüştür (Tengilimoğlu vd. 2012: 21).

Bunların hepsine bakıldığında; sağlık pazarlamasının diğer hizmet alanlarından farklı olması, arşivlenemez olması, kuruluşların hastaları tıbbi organizasyona bağlama konusunda sahiplenebilmeleri ve olayın merkezinde tutmak gibi yönleri vardır (Öztürk 1998: 12). Bu nedenlerle teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerini içeren araştırmalar, tıbbi hizmetlerin pazarlanmasında yer almaktadır.

Sağlığın temel belirleyicileri olan sağlık hizmetlerinin biyolojik davranışları, fiziksel ve sosyal çevreleri, genetik etkileri ve fiyatlandırması, pazarlama programları ve uygulamaları için esastır. Sağlık pazarlaması sektöründe kamu ve özel sağlık

kuruluşlarının hizmet sunum süreci üç aşamadan oluşmaktadır. İlk aşamada tıbbi tesisin hizmet vereceği tüketicilerin istek ve ihtiyaçlarının belirlenmesi söz konusudur. Bunlar belirlendikten sonra, hizmetlerin kombinasyonu, ikinci adımda değerlendirilen ve tanımlanan ihtiyaçları karşılamak için hizmetin veya ürünün değiştirilmesine katkıda bulunacaktır. Son olarak, hizmetin veya ürünün değiştirilmesine destek olacak diğer faaliyetler belirlenir (Cengiz 2014: 4).

05.01.1961 tarih ve 224 sayılı Sağlık Hizmetleri kanunundaki sağlık hizmetlerinin tanımını; "Sağlık Hizmetleri, insan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörlerin tesirinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedeni ve ruhi alışkanlıkları azalmış olanların işe alıştırılması için yapılan tıbbi faaliyetlerdir" olarak belirtmiştir (Karabulut ve Yapraklı 2001: 118). Sağlıkta hizmetin temel amacı, sıhhatli toplum olması için sağlıklı yaşam hakkını güvence altında korumaktır.

Sağlıktaki hizmet işletmeleri ekonomiye yaptığı katkı açısından zaman zaman üretici sektörlerin önüne geçmektedir. Böylece hizmet pazarlaması teriminin önemi arttığında "sağlık hizmetlerinde pazarlama" terimi de önemli bir yere gelmiştir (Corbin vd. 2001: 1).

Sağlıkta pazarlama hasta gereksinimlerine ulaşmak ve anlamak bakımından çok önemlidir. Pazarlama terimi, özel kurumların başarısı ve payı üzerinde doğrudan bir etkiye sahiptir, bu nedenle verilen hizmetlerde başarılı pazarlama tekniklerinin tanımlanması, özel sektörün, doktorların ve sağlık şirketlerinin finansal yönü başarısı için de kritik öneme sahiptir (Tengilimoğlu vd. 2014: 57).

1.3. SAĞLIK HİZMETLERİ PAZARLAMASININ ÖZELLİKLERİ

Sağlık hizmetlerinde pazarlama, herkes açısından hassas bir konudur, bu nedenle diğer hizmet pazarlamalarından ayıran özelliklere sahiptir. Tüketicilerin gözünde hizmetlerden çok hizmet sağlayıcıların önemi, pazarlama karmasına tıp alanındaki insanların da eklenmesini sağlamaktadır. Diğer bir özellik olan piyasaya girebilmek için ise resmi makamlardan izin alınması, kontrollerine uyulması ve bazı resmi şartların yerine getirilmesi gibi kısıtlamalar gerekmektedir. Ayrıca, piyasa ortamında istek ve ihtiyaç eşitsizliği, istek kesin ve durağan olmasına rağmen ihtiyacın yarattığı belirsizliktir. Tüketicinin talep edeceği hizmete ilişkin bilgi istenmektedir. Bu durumda tüketicinin bir hizmeti özgürce seçememesi, seçimi tüketici adına bir

doktorun veya başka bir sağlık çalışanının yapmasına neden olur. Sağlık temel bir yaşam ihtiyacı olduğu için tüketiciler, fiyatın dikkate alınmayacağını anlaşılmaktadır.

Bir diğer önemli faktör ise hizmetlerin fiyatlandırılmasında ödeme kuruluşlarının katılımı ve müdahalesidir. Sağlık harcamalarını tahmin etmenin imkansız olması, kişisel bütçeleri tehlikeye atmaktadır. Ancak, bu durum tıbbi tesis düzeyinde suistimal edilmektedir. Böylece tüketici tarafındaki pazarlık gücü ortadan kalkmaktadır. Ayrıca bu durum verilen hizmetin kalitesinin ve elde edilen memnuniyetin önceden belirlenmesinde bir çelişki oluşturmaktadır (Karaçor ve Arkan 2014: 95).

1.4. SAĞLIK HİZMETLERİ PAZARLAMASININ ÖNEMİ

Sağlık işkolunda ortaya çıkan pazarlama, yeni terimlerden biridir ve çok önemlidir. Whittington ve Robinson, sağlık hizmetlerinde pazarlamayı “Sağlık hizmetleri tüketicilerinin ihtiyaçlarının belirlenmesi, sağlık hizmetlerinin bu ihtiyaçlara uygun hale getirilmesi ve hastaları bu hizmetleri kullanmaya teşvik etmek.” olarak açıklamıştır (Öz ve Uyar 2014: 124). Sağlıkta hizmet pazarlanma alanının tekamül etmesine ve yaygınlaşmasına yol açan çeşitli yenilikler: “Artan maliyetlerin baskısı, sağlık hizmeti tüketicilerinin ihtiyaçlarının arttığı kabul edilmesi, özel sağlık hizmetlerinin nitelik ve nicelik olarak artışı, tam kapasite çalışmamanın yarattığı kayıplar, hizmetlerin taklit edilmesi, personelin profesyonellik anlayışının gelişmesi, değişen hasta doktor ilişkilerinin düzeyi, hastalığın önlenmesine yönelik artan ilgi, sağlık hizmeti sunanlara yönelik artan tüketici tatminsizliği, sağlık hizmetlerinin ticari işletme mantığıyla sunulması” gibi özetlenebilir. Bu gelişmelere göre, sağlık hizmetlerinin pazarlanması pratikleri önemli bir konumdadır denilebilmektedir (Temel vd. 2014: 17).

Tüm bunlarla birlikte; Sağlık sektöründeki kurum ve kuruluşların da sağlık pazarlamasında rekabet edebilmek için bir takım görev ve sorumlulukları bulunmaktadır. Aşağıda ilk sekiz pazarlama görevinin sıralaması şöyledir:

1. Çalışma ortamını yasal, demografik teknolojik, ve sosyal bir perspektiften analiz etmek,
2. Rekabetçi piyasaların temellerini anlamak,
3. Müşterilerin satın alma kararlarını ve etkilerini incelemek ve diğer müşterilerin davranışlarını anlamak,

4. Alıcı türlerine göre değişik pazar segmentleri oluşturarak pazar segmentlerini etkileyen değişik ürünler meydana getirmek,
5. Ne tür ürün ve hizmetin sunulacağına karar vermek ve nasıl çalıştıklarını yapılandırmak,
6. Hizmetleri ve ürünleri fiyatlandırmak, üçüncü taraf ödeyiciler ile görüşme yapmak,
7. Tüm müşterilerle iletişim sağlamak,
8. Mal ve hizmetin tedariki için diğer kurumlarla ilişkileri sağlam tutmaktır (Kennett vd. 2005: 417).

Sağlıkta hizmetin pazarlanmaya başlanmasıyla, sağlık hizmeti veren işletmelerin ülkenin kalkınması ve ekonomik büyümesine yaptığı katkı açısından üretim işletmelerine fark atmışlardır

Tıbbi hizmetlerin ticarileşmesinin başlamasıyla birlikte sağlık hizmeti sunucuları, ülkenin ekonomik kalkınmasına ve büyümesine katkıları açısından kendilerini imalat şirketlerinden farklılaştırmıştır (Corbin vd. 2001: 1). Hizmet pazarlaması, farklı bir pazar türü olarak sağlık işletmeleri için rekabetçi bir ortam yaratmada gelişmeye ve önemini korumayı sürdürmektedir.

1.5. SAĞLIK HİZMETLERİ PAZARLAMASININ GELİŞİMİ

Akbolat, Tengilimoğlu ve Işık (2012: 266); Sağlıkta hizmetin pazarlanmasının ilerlemesinin tıpkı ürün pazarlaması gibi üç aşaması olduğunu açıklarlar. Bunlar Tablo 1.1'de özetlenmiştir.

Tablo 1: İmalat işletmelerinde ve Hastanelerde Pazarlamının Gelişimi

Periyot	Üretim Bölümü Odağı	Hastane Odağı
Max. çıktı	Ürün niteliği	Klinik kalite
Sürüm	Satış hacmi	Yatak doluluğunun sağlanması
Marketing	İhtiyaç ve isteklerden memnuniyet	Tıbbi ihtiyacın belirlenmesi ve memnuniyet

Kaynak: Tengilimoğlu vd. (2012; 266)

Amerikan Tabipler Birliği'nin tıbbi etik koduna göre, Amerika Birleşik Devletleri'nde 1975 yılına kadar, tıbbi hizmetlerde reklam yapılması yasaktı. Fakat, antitröst yasaları ABD Yüksek Mahkemesi tarafından benimsendiğinden, Amerikan Tabipler Birliği etik kurallarını gözden geçirmek ve bu sayının önündeki bazı engelleri kaldırmak zorunda kaldı. 1982'den sonra, bu kısıtlamalar Amerikan Tabipler Birliği ve Federal Ticaret Komisyonu'nun çalışmalarıyla iptal edildi.. Çünkü Ticari

Komisyon, tanıtım engelinin insanları var olan ve diğer tıp hakkında özgürce bilgi almasına mani olduğunu belirledi (Tengilimoğlu vd. 2012: 266).

Türkiye’de pazarlama yapan şahıs ve kurumların kontrolünün zor olması, zaman ayıramamak gibi sorunlar nedeniyle doktorların ve sağlık personelinin sağlık hizmetleri pazarlamasına karşı olmaları hastane yönetimlerini zorunlu olarak halkla ilişkiler faaliyeti ile yetinmek mecburiyetinde bıraktığından, sağlık kuruluşları gelişmiş ülkelerdeki sağlık işletmeleri gibi çağdaş pazarlama anlayışıyla hareket edememektedirler. Medyanında bu konuya ağırlık vermesi nedeniyle sağlık hizmetleri pazarlaması yapılırken hizmet alan bireylerin görüşleri ve bilgi edinme hakları göz ardı edilmektedir. Ayrıca serbest piyasanın getirdiği etkiler dikkate alındığında sağlık pazarlaması özel şirketlerin isteklerine göre düzenlendiği gözlemlenmektedir.

1.6. SAĞLIK HİZMETLERİNİN ÖNEMİ VE AMACI

Dünya genelinde sağlıkta hizmetin asıl amacı bireyleri hastalığa karşı korumaktır. Fakat tüm gayretlere karşın, bazı insanlar hala hastalanabilmektedir. Tıbbi hizmetlerin diğer amacı ise, hastaları mümkün olduğunca tedavi ederek kendi ihtiyaçlarını giderebilmelerini sağlamaktır. En son tıbbi olanaklara göre, bireyler yataklık ve bakıma ihtiyaç duydukları bir yaşam sürdürebilirler, çünkü bazı hastalıkların tedavisi yoktur. Bireyleri kendi işlerini yapabilecek kadar sağlıklı hale getirmek en iyi tedavilerden olacaktır (Soyluoğlu 2003: 5).

Sağlıkta hizmetin önemine; insanların sağlığının korunarak herkesin uygun, uzun ve mutlu bir ömür sürmesinin sağlanması, hastalığın önlenmesi, erken teşhisi, tedavisi, ve kontrolü, yaralanma, yaralı kişinin beden ve ruh sağlığının rehabilitasyonu dahildir. Sağlık hizmetlerinin önemi, her bireyin sağlığının korunması ve geliştirilmesi, herkesin iyi, mutlu ve uzun bir yaşam sürmesinin sağlanması, hastalıkların önlenmesi, hastalıkların erken teşhis ve tedavisi, hastalık ve yaralanmaların kontrolü ve önlenmesi, bireyin beden ve ruh sağlığının yeniden sağlanmasıdır. “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun” sağlıkta hizmetin “İnsan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörlerin tesirinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedeni ve ruhi kabiliyet ve melekeleri azalmış olanların işe alıştırılması (rehabilitasyon) için yapılan tıbbi faaliyetler” olarak açıklanmaktadır (Tengilimoğlu vd. 2014: 14).

Tıbbi hizmetlerin gayesi; vatandaşların sağlık durumunun iyileştirilmesi ve sağlık durumunun sürdürülmesinin sağlanarak, bireylerin hastalıklardan korunması, hastaların mütenasip yöntemlerle tedavisinin yapılması ve bağımlı olmadan bağımsız yaşamalarının sağlanması çabası olarak açıklanmaktadır. Bu hizmetler “insan sağlığının korunması” ile “tanı, tedavi ve bakım” olarak iki temel grupta toplanmaktadır. Sağlıkta hizmet, bireysel veya özel veya kamu kuruluşlarında sunulabilir. Sunulan sağlık hizmeti birçok yönden diğer hizmet alanlarından farklılık göstermektedir.

1978’de Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) üyesi ülkelerin yayınladıkları ve 1978 yılında yürürlüğe giren Alma Ata Bildirgesi olarak da bilinen “Temel Sağlık Hizmetleri Bildirgesi”, toplumun ayrıntılı olarak ulusal sağlık anlayışının sınırlarını belirlemiştir.

Bu yoruma bakılarak;

- ✓ Her vatandaşın doğuştan gelen sağlık hizmetini alabilme hakkı sosyal eşitlik içinde tüm vatandaşlara ulaştırılmalıdır.
- ✓ Aileler kendilerinin ve çocuklarının sağlıklarından sorumlu oldukları için bireylerin bu konuda eğitilmesi ve bilinçlendirilmeleri gerekir. Sağlık hizmetleri konusunda toplum söz sahibi olmalı ve bu hizmetlere katılmalıdır.
- ✓ Sağlık Hizmetleri çok yönlü bir hizmet olduğundan tüm diğer sektörlerle birlikte yürütülmelidir.
- ✓ Sağlık dünyadaki tüm insanların sorunu olduğu için kalkınmış ülkeler diğer alanlarda olduğu gibi, gelişmekte olan ülkelere yapılan tedavinin sadece geleneksel tıp ile değil modern tıp anlayışıyla yapılması için bu ülkelerdeki sağlık hizmetlerinin kalkınmasını desteklemelidirler.

Bir ülkenin kalkınabilmesi için öncelikle sıhhi şartların iyileştirilmesi gereklidir. İnsan sıhhatine değer veren devletlerde, bireylerin sosyal, ekonomik ve kültürel alanlardaki etkileri ortadadır. Bunu başarmak için ülkelerin eğitime daha fazla önem vermeleri ve insanların sağlıklı ve müreffeh bir yaşam sürebilmeleri için ihtiyaç duydukları fırsatlara sahip olmaları gerekir. Bu konuda sağlık hizmetlerinin yüksek kalite düzeyine getirilmesi gerekmektedir. İnsan sağlığı önemlidir çünkü bir ülkenin veya bölgenin gelişmişlik düzeyi, o ülkenin insana verdiği değerle, kısacası o ülkenin sunduğu sağlık hizmetlerinin kalitesiyle ölçülebilir. Böylece sağlık sektörünün gelişimi; Sağlıkla ilgili mal ve hizmet üreten tüm kurum ve kuruluşların insan sağlığını

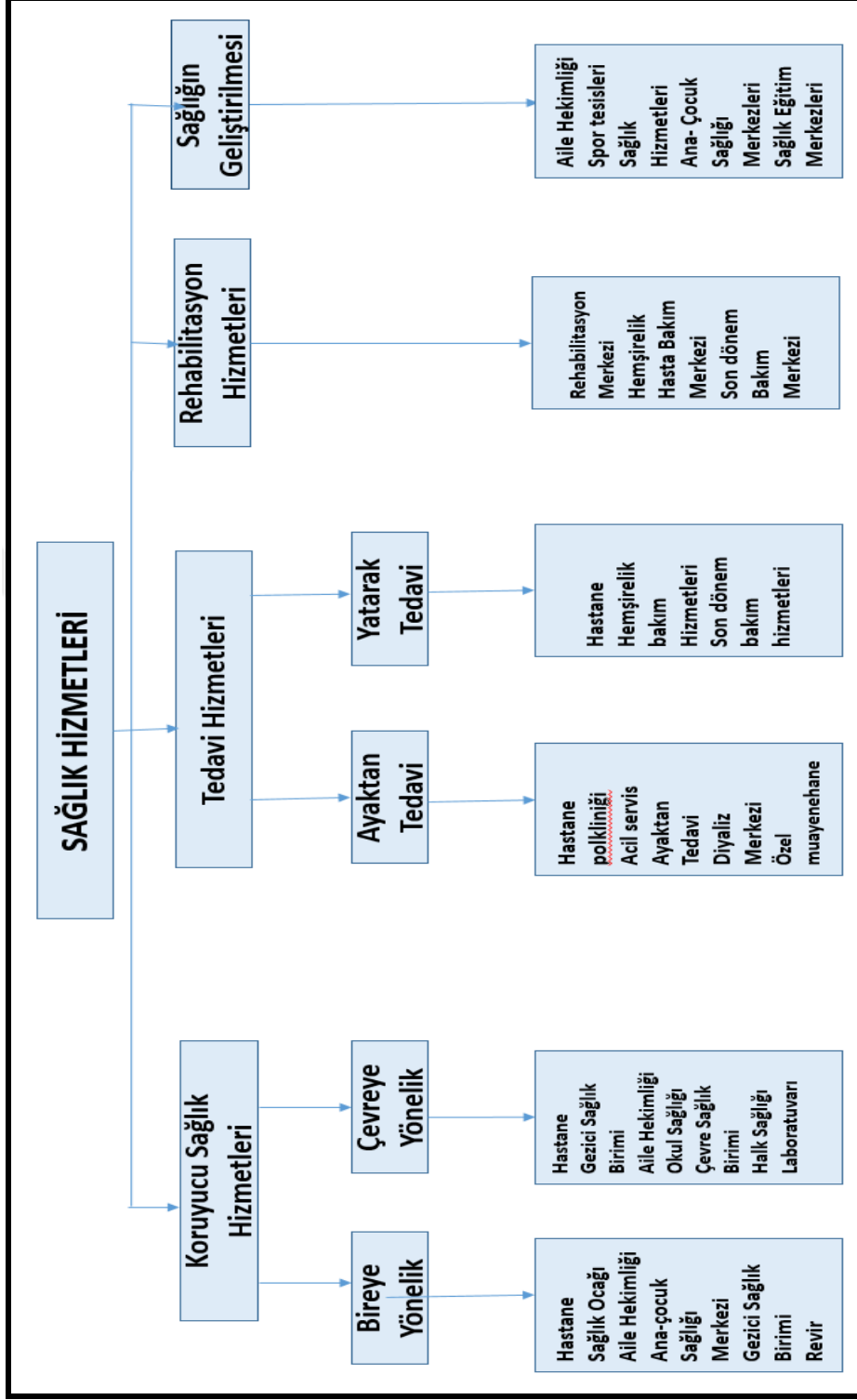
korumak ve bu düzeyin devamlılığını sağlamak amacıyla oluşturdukları yapı olarak tanımlanabilir.

1.7. SAĞLIK HİZMETLERİNİN KAPSAMI

Toplumdaki insanların sağlığını etkileyen birçok faktörü yok ederek ve verebilecekleri zararlardan koruyarak; Hastaları tedavi etmek, bedensel ve zihinsel engellileri rehabilite etmek, hayata uyum sağlamak için yapılan tüm tıbbi ve teknolojik araştırmalar sağlık hizmeti kapsamındadır. Diğer taraftan; Temiz sudan sağlıklı gıdaya, erken teşhisten en ileri tıbbi teknoloji gerektiren tedavi hizmetlerine, kişilerin sağlığına zarar verebilecek biyolojik, kimyasal ve fiziksel hijyene kadar uzanan hizmetler de bu kapsamda yer almaktadır.



Şema 2: Sağlık Hizmetleri Ayrıntılı Şeması



Kaynak: Tengilimoğlu, Akbolat ve Işık (2014:15)

1.8. SAĞLIK HİZMETLERİNİN SINIFLANDIRILMASI

"Sağlık hizmetlerinin" üretimi, toplumu bir bütün olarak kapsar, bireylerin ve toplumun sağlıklı olması ve dolayısıyla devamlılığının sağlanması çok önemlidir. Sağlık hizmetleri toplumların gelişmişlik durumlarına göre farklılık göstermektedir. Aynı zamanda toplumun sağlığa ve hastalığa bakışı aldığı kültüre ve sosyal yaşantısına göre değişmektedir. Bunlar sağlıktaki hizmetlerin içeriğini ve varyantlarını da etkilemektedir.

Bilimsel kriterlere göre günümüzde, tıbbi tedavi ve tanı süreçlerini kapsayan "batı tipi" sağlık hizmeti anlayışı mevcuttur. Bunların dışında ise bitki kaynaklı ve metafizik iyileşme ile şifacılık, vs. şekilde görülen ve daha çok Asya ve Çin'i içine alan doğu tıbbi veya "alternatif tıp" şeklinde sağlık hizmeti verenlerde gündemdedir. Fakat yaygın olarak kabul edilen bilimsel kriterlere göre bulgulara ve neden sonuca dayanan "batı tipi tıp anlayışı" ülkemizdeki tıbbi politikalara ve uygulamalara yön vermektedir (Altay 2007: 34). Sağlıkta hizmet: tedavi edici sağlık hizmeti, sağlığın geliştirilmesi hizmeti, rehabilite edici sağlık hizmeti ve koruyucu sağlık hizmeti olarak 4 gruptur.

Şema 3: Sağlık Hizmetlerinin Geliştirilmesi Şeması



Kaynak: Tengilimoğlu, Akbolat ve Işık (2014: 15).

1.8.1. Koruyucu Sağlık Hizmeti

Bireyleri yaralanma, sakatlık, hastalık ve can kaybına karşı korumak amacıyla verilen hizmetler grubudur. Hastalıkların önlenmesi ve sağlığın korunmasına yönelik verilen hizmetlere yönelik çalışmalar koruyucu sağlık hizmetleri grubuna girmektedir. Pek çok tanımı olmasına rağmen, tüm tanımlar birbirini destekler niteliktedir. Aşağıdaki tanımlara bir göz atılırsa:

Bireylerin ve toplumların hastalık unsurlarına karşı güçlü ve dirençli olmalarını sağlayan, insanları onları etkilemekten alıkoyan ve hastalık durumunda erken teşhis

ve uygun tedavi ile tamamen veya en az hasarla iyileşmesini sağlayan hizmetler bu grupta değerlendirilir (Hayran ve Sur 1998: 22).

Koruyucu sağlık hizmeti; hastalık meydana gelmeden alınan her türlü önlemleri ve çabayı içermektedir (Avcı ve Teyyare 2012: 204). Tıbbi şartların ıslah edilerek, sağlığı bozan etkenlerin ortadan kaldırılmasını içeren ve toplumun tamamını kapsayan koruyucu sağlık hizmeti, ülke tarafından ücretsiz bir şekilde gerçekleştirilmektedir (Orhaner 2006: 4).

Sıhhati koruyacak tedbirler temel olarak 3 seviyede ele alınmaktadır (MEGEP 2008: 63).

a. Birincil Koruma: Tüm toplumu sağlıklı tutmak maksatlı sağlıklı beslenme, çevresel güvenin sağlanması, aşılama, duygusal ve fiziksel olarak iyi olmak için gerekli tedbirlerin hayata geçirilmesidir.

b. İkincil Koruma: Sıhhatin bozulabilme ihtimaline karşı erken teşhis ve tedavi önlemleri ile bireysel ve toplum düzeyinde tedbirli olmaktır.

c. Üçüncül Koruma: Hasta bireylerde olabilecek sakatlanma ve sürekli arazların minimuma indirgenerek hastayı yeni durumuna uygun bir yaşam sağlamak ve hayat kalitesini artırmak hususunda alınması gereken önlemlerdir. Bu koruma şekli rehabilitasyon hizmeti alanına da girmektedir.

Koruyucu bakım hizmetleri iki gruba ayrılabilir: çevre bakım hizmetleri ve bireysel (insan) koruyucu bakım hizmetleri.

1.8.1.1. Çevreye Dair Koruyucu Sağlık Hizmeti

Bireyin bulunduğu çevredeki sağlığını sıkıntıya sokan, fiziksel, kimyasal, ve biyolojik sosyal etkenleri ortadan kaldırarak yada bireylerin etkide kalmasını engelleyerek çevre koşullarını uygun bir duruma getirme gayretlerinin tamamı çevreyi kapsayan koruyucu sağlık hizmetlerinin içinde bulunmaktadır.

Bu başlık altındaki başlıca hizmetler:

- Suyun temiz ve yeterli miktarda sağlanması,
- Sıvı ve katı atıkların zararlarının önlenmesi,
- Yaşanılan evlerin sağlıklı olması,
- Yetecek kadar temiz su temini,
- Tüm atıkların çevreye yararlı duruma getirilmesi,
- Endüstriyel sağlık,

- Haşerelere karşı mücadele,
- Hava kirliliğinin önlenmesi,
- Radyasyon ve çevresel gürültü ile yapılan mücadeledir (Akdur 1999: 05)

Bu hizmet türlerinden anlaşılacağı üzere çevre koruma hizmetleri, sağlık sektörü değil, diğer sektörler ve çalışma grupları ile ilgili hizmet gruplarıdır. Sağlık sektörünün bu konudaki birincil misyonu, diğer sektörlerle köprüler kurarak danışmanlık, denetim ve rehberlik hizmetleri sunmaktır.

1.8.1.2. İnsana Dair Koruyucu Sağlık Hizmeti

İnsan merkezli koruyucu sağlık hizmeti, çeşitli hastalıkların insanlar ve toplum üzerinde güçlü bir etkiye sahip olmasını engelleyen, etken faktörlere karşı dirençli olan ve etkilenmesi durumunda hastalığın başlangıcında teşhis edilip semptomların uygun tedavi ile tamamen veya çok az arazla iyileşebilmelerini sağlayan hizmetleri içerir. Hizmetler, doktorlar ve hemşireler gibi tıp uzmanları grupları ve üyeleri tarafından sağlanmaktadır. (Hayran ve Sur 1998: 22).

Bunlar:

- Hastalığı erken dönem teşhis edip tedavisi yapılması,
- Sağlıkla ilgili eğitim,
- Anne ve çocuk sağlığı ile ilgili hizmet verilmesi,
- Aile planlaması hizmetleri verilmesi,
- Aşılar,
- İyileştirilmiş beslenme koşulları,
- İlaçla koruması'dır.

1.8.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmeti

Tedavi edici sağlık hizmeti, kişinin hasta olduğu durumlarda gözden geçirilmesi tetkik ve tedaviyi içeren hizmetlerin tümü olarak tanımlanmaktadır (Çelikay ve Gümüş 2010: 185). Koruyucu sağlık hizmetine göre Tedavi edici sağlık hizmeti, daha fazla organizasyon ve maliyet gerektirmektedir. Bu hizmetin, nitelikli eleman, fiziksel olanaklar ile mali boyutları bulunmaktadır. Fakat bu hizmet toplumsal açıdan yarar sağladığından önemlidir (Altay 2007: 34).

Terapötik tıbbi hizmetler, koruyucu sağlık hizmetinden daha organizasyonel ve maliyet etkindir. Bu hizmetler nitelikli personel, tesis ile yönetsel ve parasal

yönlere sahiptir. Fakat bu hizmetin sunulması faydasal olarak toplum açısından daha önemlidir (Altay 2007: 3). Onarıcı sağlık hizmetlerinin sunumunda, belirli sinerjilerin bulunduğu ve filtre görevi gören üç asıl aşama kullanılmaktadır (DPT 2001: 44). Bunlar:

- **Birinci Seviye Sağlık Hizmeti – Poliklinik**

Ayaktan muayenede ana-çocuk sağlığı, aile planlaması merkezleri, özel muayenehaneler, aile hekimleri, dispanserler, hemşire ve hastabakıcılık bakım merkezleri birinci basamağı meydana getirmektedirler. Sağlıkta zincirin ilk basamağını meydana getiren yukarıdaki kuruluşlarda yatak bulunmamakta ve hastalar tedavilerini bu sağlık kuruluşunda veya evlerinde almaktadırlar. Sağlık ocakları, ayakta ve evde tedavi hizmetlerinin yanısıra, kişiye ve çevreye dair koruyucu hizmet gibi asıl işleviyle birlikte toplumsal kalkınmada diğer sektörlerle yanyana çalışmaktadır (Özdemir vd. 2003: 208).

- **İkinci Seviye Sağlık Hizmeti – Genel Hastaneler**

İkinci Seviye: Bireylerin ilk basamakta teşhis veya tedavisi yapılamayan hastalıklar nedeniyle, çeşitli disiplinlerden uzmanların, hastalıkların neden olduğu bireysel sağlık sorunlarını çözmek için çalıştığı, yüksek teknolojiye sahip, yataklı veya yataksız bir tıbbi tesis, teşhis veya ilk tedavi merkezleridir. Bunlar çoğunlukla birden fazla uzmanlığa hizmet eden tıbbi tesislerdir (Aydın vd. 2004: 46).

- **Üçüncü Seviye Sağlık Hizmeti – Üniversite Hastaneleri**

Bir bölgeye veya ülkenin her tarafına hizmet veren üniversite hastaneleri, onkoloji hastaneleri, nörolojik hastalık merkezleri gibi alanında uzman doktorların hizmet verdiği, aynı zamanda tıp fakültelerinde dahil olduğu tüm ülkeyi kapsayan sağlık tesisleridir. Bu, hastaların ikincil tıbbi tesislere nakledildiği zincirdeki son halkadır (Çalış 2006: 172).

1.8.3. Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmeti

Dünya Sağlık Örgütü rehabilitasyonu, bireylerin engelliliklerini azaltmaya ve bu şekilde bireylerin sosyal bütünleşmelerini sağlamaya yönelik bir dizi önlem olarak tanımlamaktadır (Pan Korur 2010: 3). Veya genel olarak; Bireylere kaybettikleri fiziksel ve zihinsel kapasitelerini yeniden kazandırmak ve kimseye bağımlı olmadan yaşamalarını sağlamak için verilen hizmetlerdir. Burada halk sağlığı rehabilitasyonu sürecinde bazı faaliyetlere ihtiyaç duyulmaktadır. Bunların dışında aile planlaması, çevresel sağlık anne ve çocuk sağlığı, ve sağlıklı yaşam kalitesinin artırılması için

verilen hizmetlere ihtiyaç duyulmaktadır. Başka bir tanımla onarıcı sağlık hizmetleri: Hastalık ve kazalardan kaynaklanan kalıcı rahatsızlık ve sakatlıkların günlük hayata etkisini önlemek veya azaltmak, kişinin beden ve ruhen bağımsız yaşamasını sağlamaya yönelik sağlık hizmetidir (Yerebakan 2000: 21). Bu hizmetler tıbbi ve sosyal rehabilitasyon olarak sunulmaktadır (Akdur 2006: 20).

1.8.3.1. Tıbbi Rehabilitasyon

Hastalanma veya kaza sonrası zayıflamış organların fizyoterapisi vb. İnsan organının tıbbi yöntemlerle iyileştirilerek rehabilite edilmesi veya tamamen kaybedilen bir organın ortopedik protez ile değiştirilmesi gibi hizmetler tıbbi rehabilitasyon hizmeti olarak bilinir. Bu hizmet sayesinde birey kısıtlı olsa da gündelik yaşamı ile işini sürdürme becerisine sahip olmaktadır. Adlarından ve çeşitlerinden de anlaşılacağı gibi rehabilitasyon hizmeti, sağlık camiası ve çalışanlarının sağladığı hizmetlerdendir.

1.8.3.2. Toplumsal Rehabilitasyon

Fiziksel yada psikolojik olarak hastalanan insanlar, çalışacakları iş bulmakta zorlanırlar. Bu insanların ailelerine yük olmadan hayatlarını sürdürebilmeleri, içinde buldukları şartlara uyan bir iş bulmalarını gerektirmektedir. Bu durumda, daha önce sağlıklı olarak çalışan bir kişi, hastalık veya kaza sonucu sakat kalırsa, kendisine yapabileceği başka bir iş verilmeli, yani işi değiştirilmelidir. Çalışamayacak durumda olan veya bu durumda olan kişilerin tıbbi bir tesiste bakıma ihtiyaçları vardır. Bütün bu ve benzeri hizmetler sosyal rehabilitasyon hizmetleri olarak bilinmektedir. Sosyal rehabilitasyon hizmetleri için sosyal kurum ve kuruluşların bu görevi yerine getirmeleri gerekmektedir. İsimlerinde de anlaşılacağı üzere sosyal uyum hizmetleri, sosyal hizmet kuruluşları ve orada çalışan elemanların verdiği hizmettir.

1.8.4. Sağlık Geliştirilmesi Hizmeti

Sıhhatin teşviki ve geliştirilmesi terimi ilk olarak 1945 yılında tıp tarih bilimcisi Henry E. Sigerist tarafından önerilmiştir. Bunlar, toplumdaki genel sağlık düzeyinin iyileştirilmesini hızlandıran hizmetlerdir. Önleyici ve onarıcı hizmetlere ilave olarak, halk sağlığı eğitimi, toplumun gelişimi, ekonomik, sosyal ve çevresel koşulların iyileştirilmesine yönelik araştırmaları içerir. Henry E.Sigerist'e göre ise sağlığın daha iyi olması için;

- Sağlık geliştirme,
- Hastalık önleme,
- Tedavi
- Hasta rehabilitasyonu

Hizmetleri verilmelidir..

E. Sigerist, sağlığın hayat standartları, sağlıklı çalışma şartları, egzersiz, eğitim, oyun ve eğlence gibi yaşam konforu artırılarak iyileştirilebileceğini savunuyor (Terris 1992: 268). Sağlığı geliştirme hizmeti, sağlam insanların sağlık durumlarını daha da iyileştirmek için sağlanan hizmetlerdendir. Bu hizmetlerin sorumluluğu yalnızca bireylere aittir. Sağlığı geliştirme, yaşam kalitesini artırmayı, fiziksel ve zihinsel sağlığı iyileştirmeyi ve yaşamı uzatmayı hedeflemektedir.

1.9. SAğLIK HİZMETLERİNDE PAZARLAMA STRATEJİLERİ

Sağlık pazarlamasında strateji çok önemli bir noktadır. Bu nedenle sağlık hizmetleri hakkında birden fazla kanaldan bilgi edinen tüketiciler arasında iletişimin öneminin göz önünde bulundurulması gerekmektedir. Hastaların istek ve ihtiyaçlarını doğru tespit etmek, onlara özel sağlık hizmetlerini üretmek, fiyatlandırmak, tanıtmak ve sunmak, modern pazarlama yaklaşımına göre düşünülmesi ve planlanması gereken stratejik bir faaliyettir (Cengiz 2013: 12).

Tıbbi hizmetlerin pazarlanması, hizmet pazarlamasında olduğu gibi sosyal pazarlamanın kapsamına girer. Özünde, bireyin refahını iyileştirmeyi ve bunun için planlamayı amaçlayan makroekonomik düzeyde gerçekleşen bir dizi faaliyeti içeren bir hizmettir. Sağlık Bakanlığının düzenlemelerine göre firmaların bu alanda ürettikleri ve sundukları hizmetler belirlenir. Sağlık politikası sadece bireyleri değil, toplumun tamamını da ilgilendirir. Birçok demografik ve coğrafik topluluklarda fikir ve davranışı iyileştirmeye yardımcı olan birçok halk sağlığı kuruluşu vardır (Radulescu & Cetina 2011: 388).

Planlanandan farklı sağlık yatırımları ve harcamaları kısa, orta ve uzun vadede ülke sağlık kurumları ve ekonomisi için kayıplara neden olacağından bu alanda alınan her önlemin pazarlama açısından değerlendirilmesi gerekmektedir. Tıbbi hizmetlerin pazarlama stratejisinde dikkate alınan faktörleri göz önünde bulundurulduğunda; (Kenneth vd. 2005: 414'den akt. Cengiz 2013: 12):

1. Hukuki, demografik teknolojik ve sosyal değişkenleri anlamak için iş ortamını anlamak,
2. Rekabet eden ortamların temelini algılamak,
3. Tüketici karar verme sürecini, bunu etkileyen faktörleri ve diğer alıcı davranışlarını anlamak,
4. Pazarın çeşitli tüketicilere göre bölümlendirilmesi, değişik segmentlere yönelik malve hizmet oluşturmak,
5. Sunulacak mal ve hizmetin nasıl yapılandırılacağı konusunda karara varmak,
6. Mal veya hizmetin fiyatını belirlemek, diğer paydaşlarla görüşmek
7. Tüketiciler İletişimi sürdürmek
8. Mal veya hizmetleri dağıtacak şirketlerle ilişkiler geliştirmektir.

Ayrıca sağlıkta hizmet dahil olmak üzere iş endüstrisinde, pazarlama yapanlar soyut olan herşeyi tanımlamak ve anlatmak zorundadırlar. Bundan dolayı hizmet arenasındaki tanıtım çalışmaları hizmetin ayırt edici özelliğini taşıdığından gerçek kanıtlarla desteklenmelidirler (Eser vd. 2011: 163).

Sağlık hizmeti sağlayıcısının ihtiyaçlarının çeşitliliği, sağlayıcıların artan sayısı ve kamu ve özel tedarikçilerin karşılaştığı kaynak baskıları göz önüne alındığında, sağlık hizmetlerinde hasta değerinin doğasını anlamak çok önemlidir. (Dobele ve Lindgreen 2011: 269). Sağlık hizmetinin tüketicileri arasındaki haberleşme, sağlıkta hizmet sağlayıcılarının bütün segmentleri için giderek daha önemli hale gelmektedir. Hastaların tedaviye katılarak daha aktif ve akılcı bir rol üstlenerek, sağlık hizmetlerinin yeterli olmaması durumunda farklı bir doktor seçerek sağlığa ulaşmada çok önemlidir (Harris 2003: 239).

Bu sebeple; Farklı pazar stratejileri geliştirilir ve uygulanırsa, tüketiciler tıbbi hizmetlerden memnun kalacak ve bu sağlık tesisinden iletişim, tavsiye ve bilgilendirme, danışma, reklam, sanal ortamlar ve sağlık hizmetleri ile ilgili bilgilere kolay erişim yoluyla hizmet alacaktır.

1.10. SAğLIK HİZMETLERİ PAZARLAMASINI DESTEKLEYEN GÖRÜŞLER

Tıbbi hizmetlerin pazarlanmasına yönelik eleştirilere rağmen, rekabetçi ülkelerde pazarlama uygulamaları, hastaların aldıkları hizmetten daha fazla memnuniyet elde etmelerini sağlar. Birçok tıbbi hizmet türü, ezici talep ve uzun bekleme listelerine sahiptir. Kaynakların doğru kullanımı ve tüketici memnuniyetine

yönelik uygulamalar ancak bir pazarlama anlayışı ile mümkündür. Bu anlayış, halk veya halk sağlığı hizmeti sunucularında henüz ileri bir düzeye ulaşmamıştır. Ancak özel sağlık kuruluşlarının sayısındaki artışın rekabeti artırması belirgin bir pazarlama yönteminin uygulandığını izah etmektedir (Odabaşı 1994: 32).

Manipülatif pazarlamada, para israfı ve sağlıkta hizmeti küçük düşürme gibi eleştiriler en kötü durumlarda doğrudur, ancak kabul edilemez. Pazarlama terimi ve teknikleri sorumlu kişiler tarafından kullanıldığında yaşam kalitesinin iyileştirilmesine olumlu katkı sağlar. Aksi davranış, toplumun tepkisiyle karşılaşır. Toplum bu tür kurum ve kuruluşları benimsemez. Pazarlamayı genellikle tıbbi tesis yetkilileri desteklemez ve yapamayacağı mucizeler yaratması istenir. Örneğin, ABD’de bir hastane, satış direktörlerinden bir yıl içinde kadın doğum bölümüne kabul edilen hasta sayısını ikiye katlamasını istedi, ancak bu amaca ulaşmak için mali veya insan kaynaklarını sağlayamadı. Pazarlama faaliyetlerinin sağlık tesislerine katkısının objektif olarak değerlendirilebilmesi için gerekli finansman ve insan kaynaklarının sağlanması gerekmektedir.

Bununla beraber; sağlık kuruluşları sanayi sektöründeki gibi ücret ödemedikleri için yetenekli pazarlama yöneticileri bulmakta zorlanmışlardır. Çok az kişi sağlık sektörü için pazarlama yöneticisi olarak yetiştirildiğinden, sağlık tesisleri sanayi sektöründen pazarlama direktörleri almak zorunda kalmış ve birçoğu alanı bilmedikleri ve pazarlamaya kötü örnek oldukları için başarısız olmuşlardır (Karafakioğlu 1998: 27)

1.11. SAĞLIK HİZMETLERİ PAZARLAMASINA YÖNELİK ELEŞTİRİLER

Diğer alanlarda görüldüğü gibi sağlıkta hizmet sektöründe de pazarlama düzeyinde çok fazla eleştiri gündeme gelmiştir. Sağlıkta hizmet pazarlaması yapılmasına dair eleştiriler listelendiğinde:

Sağlık hizmetlerinin pazarlanması zaten kıt olan kaynakların israfına yol açar: Sağlık hizmet pazarlamasına yönelik en önemli eleştiriler gereksiz harcamalara yol açan pazarlama faaliyetleridir. Aslında bu eleştiriler daha çok promosyon harcamalarına ve diğer mal ve hizmetlere yöneliktir. Şüphesiz; Sağlık hizmetlerine yapılan promosyon harcamalarına yönelik eleştirilere verilen yanıt, genellikle promosyon faaliyetlerini gereksiz bir harcama olarak görenlere benzer olacaktır. Tabiidir ki bu, sağlık hizmeti kuruluşlarının tanıtım faaliyetlerinin karşılığını

alamaması durumunda israf harcamaları olarak nitelendirilebilir. Ancak, bu harcamaların amacı tıbbi tesisler için yeni maliyetler yaratması değil yeni gelir akışları getirmesidir (Harcar 1991: 39). Sağlık hizmetlerinde tercih ve tavsiye edilebilir olmak açısından sağlık hizmetleri pazarlamasında gereksiz masraf olarak görülen pazarlama çalışmaları o sağlık kuruluşunun ekonomik olarak büyümesi ve farklı çevrelere yaygınlaştırılması için önem kazanmaktadır.

Tıbbi hizmetlerin pazarlanması rekabetçi ortam yaratır:

Bir kısım idareciler, pazarlamanın hastaneler arasındaki rekabetten ziyade tıbbi tesisler ve kardeşlik arasındaki rekabete yol açtığını iddia eder. Bu eleştirilere bakıldığında pazarlamanın satış, reklam ve tanıtım olarak tanımlanmasının yanlış olduğu ortaya çıkmaktadır. Ancak satışların, pazarlama açısından sadece bir kısmı görünmektedir. Aslında, bilinçli bir satış çabası olsada olmasada, çoğu sağlık kuruluşu çok fazla hizmet sunmak için rekabet edecektir. Buradaki rekabetçilik her zaman kötü olmayabilir. Yani, işe yaramayan veya kullanılmayan hizmetin ortadan kaldırılmasına, yüksek verimlilik ve pazarın ihtiyaç ve gereksinimlerine uygun nitelikli hizmetlerin sunulmasına yol açacaktır (Tengilimoğlu 1997: 23).

Sağlıkta Hizmet Pazarlaması Uygulanmada Zorluk Yaşayabilir:

Pazarlama bilgisinin sağlıkta hizmete uygulanmasına yönelik bir diğer eleştiride tüketicilerin mal ve hizmet alırkenki tüketici davranışdır. Pazarlama bilimince fiyatlandırma teorilerinin farklılık göstereceği, yani sahada kullanımının insan sağlığına dayalı olduğu ve sağlık sektörü için bazı dezavantajlara neden olabileceği yönündedir. Bu eleştirilere rağmen sağlık pazarlaması uygulamalarında olumlu sonuçlar alındığı gözlemlenmiştir. Bu doğrultuda pazarlama biliminde sağlık hizmetleri alanında yaşanabilecek olası değişimlere dikkat edilerek sağlıkta hizmet alanında değişik bir pazarlama teorisinin geliştirilmesi önerilmektedir. Buna karşı çıkan pazarlama teorisini bazı gruplar, pazarlama ilkelerinin sağlıkta hizmet uygulanmasının bu konuda yeni ilkelerin getirilmesini gerektirmeyeceğini, ancak üretim yapan kuruluşların Tıbbi hizmetlerin kâr amacı gütmemeleri nedeniyle bazı farklılıkların olacağını savunmaktadır (Harcar 1991: 38).

Sağlık hizmetleri için pazarlama konusu, bireysel araştırmalarda toplumsal huzursuzluğa neden olabilir:

Tıbbi hizmetlerin pazarlanmasına ilişkin yapılan eleştiriye bakıldığında, pazarlama araştırmalarındaki belirli hassas soruların bireylerin mahremiyetiyle ilgili olduğu gerçektir. Örneğin, bireylerin psikolojik sorunları gibi konularda araştırma

yapılması tamamen kişisel olduğu için bu konularda araştırma yapılmasına karşı çıkmaktadır (Harcar 1991: 39- 40). Kişiyeye özel sağlık konularının sırf pazarlama çabalarına taban oluşturacak diye gözlemlenmesine ve incelenmesine itiraz etmektedirler. Aynı hassasiyetle bireyler tarafından pazarlama çabalarının temeli olarak özel sağlık konularının araştırılmasına karşı çıkmaktadırlar (Odabaşı 1994: 32). Bireylerin veya ailelerin başkasına sunmak yoluyla ifşa etmek istemedikleri bilgilerin toplanması, bireyin veya ailenin mahremiyet hakkının haksız bir şekilde ihlaline neden olur. Pazarı anlamak ve dolayısıyla müşterilere daha iyi hizmet vermek amacıyla yapıldığını iddia eden araştırma faaliyetleri çok dikkatli yapılmalıdır. Toplumda huzursuzluk yarattığını zanneden ve yoğun tanıtım kampanyalarına direnenlerin sayısı az olmadığı dölünölüdüğünde dikkatli olunması icap etmektedir (Karafakioğlu 1998: 19).

Sağlık Hizmetleri Pazarlama Rehberi:

Sağlık hizmetlerinin pazarlanmasında bir diğere önemli konu da bu alandaki pazarlama çabalarının kişilerin sağlık hizmeti sunucusunun iradesi dışında belirli şekillerde davranmasına neden olmasıdır. Örneğin birçok sigara içicisi, bazı kanser enstitülerinin iddialarına karşı olmakta ve bu iddiaların bireylerin iradesi dışında harekete zorladığını iddia etmektedir (Harcar 1991: 40). Pazarlamada istenmeyen davranışlara etki etme ve teşvik etme gücü tıbbi hizmetlerde de kullanılabilir. Pazarlamadaki hatalı uygulamalar başka alanlarda da olabilir. İdareciler duyarlı ve dikkatli davranarak sorunları çözebilirler (Odabaşı 1994: 32).

Sağlık Hizmetlerinin Pazarlanması Sağlıkta Hizmetin kalitesinin düşmesine sebep olabilir:

.Pazarlamaya yönelik başka bir eleştiride pazarlamanın sağlıkta hizmetin kalitesini düşüreceğidir. Bu görüşün savunucuları, pazarlama uygulamalarında tanıtım gayretlerinin yanıltıcı olabileceğini, yani alanında çok iyi bir doktorun yeterince reklam vermezse bu konuda daha az bilgili bir doktor karşısında başarısız görünebileceğinden dolayı tıbbi hizmetlerin kalitesinin düşüreceğini ifade etmektedirler (Harcar 1991: 40).

Sağlıkta Hizmet Pazarlaması İşe Yaramayan İstekler Yaratabilir:

Bu eleştiride tartışmalıdır. Örneğin tansiyonu ölçmek için bir pazarlama kampanyasından gelen gereksiz talepler olumlu olarak kabul edilmelidir. Ayrıca bazı durumlarda estetik cerrahi uygulamalarının gereksiz ihtiyaçtan doğduğunu savunanlar

da vardır. Ancak, insanların istemediği veya ihtiyaç duymadığı bir hizmeti sunmak tıbbi standartlar tarafından yasaklanmıştır (Odabaşı 1994: 32).

Hastalar Arasında Pazarlama Ayrımcılığına Sebep Olur:

Bu görüşte olanlar için sıhhat, hiçbir yerde pazarlanamayacak ve fiyatlandırılmayan bir mal veya hizmet olarak görülemez. Sağlık insan yaşamı için çok değerli ve gerekli olduğundan, ödenecek ücretler ve bunların alınacağı sağlık kuruluşu dikkate alınmaz (Karafakioğlu 1998:21). Burada açıklanan sebeplerden dolayı devlet tarafından sıkı tedbirlerle yönetilmesi ve kontrol edilmesi gerekmektedir.

1.12. SAĞLIK HİZMETLERİNİ DİĞER HİZMETLERDEN AYIRAN ÖZELLİKLER

Tıbbi hizmetlerinin farklı yönleri vardır. Bu hizmetler benzersizdir ve insanların hayatlarını dolaylı veya doğrudan etkiler. Aşağıda bu özellikleri sıralarsak:

- a) Sağlıkta hizmet talebi esnek olmaz. Sağlıkta hizmet almak isteyen kişiler parasal durumları sebebiyle fiyat açısından oldukça hassas davranırlar. Hizmet almak isteyenler için muayene, tetkik veya onarıcı bakım maliyetinin çok yüksek veya düşük olması önemli değildir. Bu nedenle arz talep ilişkisi önem kazanmaktadır.
- b) Sağlık hizmeti arayanlar için gerekli tıbbi tedaviler ve tıbbi teknolojiler sadece hekim tarafından belirlenir.
- c) Sağlık hizmeti ihtiyacı tesadüfen oluşur. Çünkü tıbbi hizmetlere duyulan ihtiyacın acil hale gelmesine kadar bir gecikme olmaktadır. Bu durumda, insanların tıbbi hizmetlere ne zaman ve nasıl ihtiyaç duyacağını tahmin etmek imkansız olduğu için yatırım riski artmaktadır.
- d) Sağlık hizmetleri toplumsal olduğundan özellikle koruyucu sağlık hizmetleri, toplumun tüm bireyelerine sunulmalıdır. Bir salgın durumunda, o bölgenin tüm sakinleri aynı hizmeti almalıdır.
- e) Sağlık hizmeti alanlar, aldıkları hizmetin kalitesi hakkında tam bilgiye sahip değillerdir. Çoğu zaman insanlar, ihtiyaç duyduklarında hastalıklarıyla kiminle temasa geçeceklerini bilemezler.
- f) Sağlık hizmetlerinin yerini hiçbir hizmet alamaz. Hastaların doktor tarafından önerilen tedavi sürecini takip etmeleri önemlidir.
- g) Sağlık sektöründe, Devletin gerektiğinde müdahale edebilecek bir teftiş ve denetim mekanizması olmalıdır. Piyasa koşulların terk edilen vatandaşların tüm sağlık hizmetlerinden eşit olarak faydalanması zordur. Bu nedenle insanların

ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerini uygun fiyatla, kaliteli ve uygun koşullarda almalarını sağlamak devletin sorumluluğundadır.

- h) Bazı durumlarda sağlık hizmetleri sosyal amaçlara hizmet edebilir. Sağlık hizmetlerinde arz ve talep dengesi dikkate alınarak üreticiler izlendiğinde kar amacı gütmeyen hizmet sunumunun verilmesi mümkündür. Bu bağlamda, özel bir sağlık tesisi yerine, insanların ve toplumun yararına, devletin egemen olduğu bir vizyon olan refah devleti kavramı ön plana çıkmaktadır.

Bir diğer araştırmada sağlık hizmetleri için yapılan sıralamaya göre:

1. Sağlık hizmetleri, bireysel veya kurumsal ortamlarda kişinin sağlıklı kalması ve tanı, tedavi ve bakım şeklinde iki grup altında sunulabilmektedir.
5. Gelişmiş ülkelerde sağlık hizmetleri kurumsal olarak verildiğinden, verilen hizmetlerin kaliteli ve etkili olması için kurumsal düşünme ve yürütme mecburiyeti vardır.
6. Sağlık hizmetleri doğası gereği sosyaldır ve kamu veya özel sektör tarafından sağlanır. İhtiyaç duyduğu anda bu hizmetten yararlanabilecek bireylerin memnuniyeti önemlidir. Bu durumda, kar amacı gütmeyen kuruluşlar olduğu kadar ticari kar amacı taşıyan kuruluşlar da vardır.
7. Sağlık hizmetleri, hizmet anlayışı için geliştirilmiş tüm özelliklere sahip olmakla birlikte birkaç farklı özelliğe de sahiptir. Sağlık hizmetlerinin tanımı nedeniyle bu alandaki kuruluşları tespit etmek ve kategorize etmek güçtür.

Bir başka çalışmada ise sağlık hizmetlerinin ayırt edici özellikleri şu şekilde sıralanmıştır:

- a) Sağlık tesislerinde çalışma ve faaliyetler karmaşıktır ve değişebilir.
- b) Tıbbi bir tesiste yapılan işlerin çoğu acildir, ertelenemez.
- c) Yapılan işlemler hata kaldırmaz, tolerans tanınmaz işlemlerdir. İşlemler hata kabul etmez ve hoşgörülü olunamaz işlemlerdir.
- d) Sağlık kuruluşlarında uzmanlaşma düzeyi yüksektir. Sağlık tesislerinin performansını ölçmek ve belirlemek zordur.
- e) İşlevsel bağımlılık, sağlık kuruluşlarında çok etkilidir ve farklı sektörlerdeki uzmanlıklar ve uzman ekipler arasında yakın koordinasyon gerektirir.
- f) Bütün sağlık kuruluşlarında koordinasyonu ve kontrolü zorlaştıran ve çatışmaya sebep olan iki başlı bir yetki bulunmaktadır.

- g) Sağlık kurumlarında kurumsal hedeflerden çok mesleki hedefleri öncelikleyen uzmanlarfsn oluşan insan kaynakları grubu vardır.
- h) Sağlık harcamalarının önemli bir kısmını ve hizmet miktarını belirleyen ve hekimlerin performansını etkileyen herhangi bir idari veya kurumsal kontrol oluşturulmamıştır.

1.13. SAĞLIK HİZMETLERİNDE BAZI PERFORMANS GÖSTERGELERİ

Sağlık hizmetlerinin etkin bir şekilde işlemesi için performans ölçütleri daima önemlidir. Bu hizmetler makro ve mikro düzeyde planlanmalı ve organize edilmelidir. Sağlık kurumları tarafından sağlanan ve sunulan tıbbi bakımın performans göstergelerinden birisi bile negatif olduğunda, tıbbi bakım alan kişilerin burayı tercih ve tavsiye etmeyecekleri kesindir. Burada;

- 1) Kolay uygulanabilirlik
- 2) Kalite
- 3) Devamlılık
- 4) Verimlilik gibi performans ölçütlerine dikkat edilmelidir.

Kolay uygulanabilirlik: Hasta memnuniyetinde en etkili faktörlerden biri bireylerin ihtiyaç duydukları tıbbi hizmetleri ihtiyaç duydukları yerde ve zamanda alabilmeleridir. Bir hizmet sağlayıcının bakış açısından kullanılabilirlik, ihtiyaç duydukları ilaçlara, ekipmanlara, içeriklere ve diğer hizmetlere kolayca erişme yeteneğidir.

Kalite: Hastaların ve sevdiklerinin memnuniyeti için sunulan tıbbi hizmetlerin bilimsel standartlara uygun olduğu ve bireysel beklentileri en üst düzeyde karşılamasıdır. Nitelikli sağlık hizmeti verilmesi, sağlıkta hizmetlerde önemli bir performans ölçüsü olarak kabul edilmektedir.

Devamlılık: Hastanın sağlığı için hizmet alırken ihtiyaç duyduğu tüm hizmetlerin sağlanması nedeniyle hizmetin devamlılığı ve koordinasyonu hasta memnuniyetini etkileyecek, aktivite göstergesi olumlu çıkacaktır.

Verimlilik: Tıbbi hizmetlere verilen kaynakların verimli kullanılması, sağlık hizmetlerinin maliyetlerinin düşmesi ve gerekli hizmetlere ekstra kaynak ayrılması dolayısıyla hasta memnuniyeti sağlanacağı için performans endeksi pozitif görülecektir.

1.14. TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİNİN SUNULMASI

Refik Saydam döneminde 2 Mayıs 1920 tarihinde TBMM'de kabul edilen üç Sayılı Kanun, sağlık hizmetini Sağlık Bakanlığı tarafından yerine getirilen devletin temel işlevlerinden biri haline getirmiştir. İllerde valiye bağlı sağlık kurumları, ilçe düzeyinde ise kaymakama bağlı devlet sağlık daireleri kurulmuştur. O zamanlar hastanelerin yerel yönetime bırakılması gerektiği düşünülüyordu. Bakanlık tarafından Ankara, İstanbul, Diyarbakır, Erzurum ve Sivas'ta hastanelere açılmıştır. Refik Saydam döneminde sağlık hizmeti devletin asli görev ve sorumluluğu olarak tasavvur edilmiş ve yürütülmüştür.

Sağlık sektöründe özel sektörde hizmet verme fikri uzun süre gündem olmuştur. Bu durumda hem kamu hizmetleri mümkün olduğu kadar güçlendirilip genişletilmeye çalışılır hem de özel sektöre hizmet alınmaya çalışılmıştır. Sağlık hizmeti sunumunda özel sektörün katılımı fikri, yıllar içinde hükümetler tarafından savunulan bir politika haline gelmiştir. Sağlık hizmetleri kamusal bir sorumluluk ve yükümlülük olarak görülse de Cumhuriyetin ilk günlerinden itibaren hakim olan görüş, sağlık sektöründe hizmetin özel sektörde sunulması fikri eskilere dayanmaktadır. Bu durumda hem kamu hizmetleri mümkün olduğu kadar güçlendirilip genişletilmeye çalışılır hem de özel sektöründe bu konuda hizmet vermesine olanak sağlanmaya çalışılır düşüncesi ortaya çıkmıştır. Sağlık hizmeti sunumunda özel sektör katılımı fikri, yıllar içinde hükümetler tarafından savunulan bir politika haline gelmiştir.

1970'lerde dünya genelinde neoliberal politikalar uygulanmaya başlanmış ve refah devleti anlaşılmadan sağlık hizmetlerinin sunumunda yenilikler yapılmıştır. Bu gelişmeler Türkiye'de 2 Ocak 1980 tarihli kararla resmîyet kazanmış ve yazıya dökülmüştür. Böylece sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesinin zamanı gelmiş ve Anayasa bu doğrultuda revize edilmiştir (Akdur vd. 1998: 23).

15.05.1987 tarihli ve 3359 sayılı Sağlıkta Hizmet Kanunu Sağlık Bakanlığı tarafından oluşturulan sağlık hizmetlerinin temel ilkelerini belirleyen kanunlardır. Kanunun bu hükmüne göre sağlık hizmetlerine ilişkin temel ilkeler şu şekilde sıralanabilir:

- SB tarafından Sağlık ile ilgili birimlerle istişare içinde faaliyetlerin yürütülmesi, iç operasyonlarda etkinlik, mali yardım faaliyetlerinin planlanması ve sürdürülebilirliği,

- Tüm tesislerin koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik vermesi esastır. Bu kurumları kurarken ve işletirken kapasiteyi kaynak israf etmeden en akılcı şekilde

kullanmak gerekir. Hizmet sunumunda kurum veya kuruluşların yeterli olmaması durumunda, hizmetlerin kaliteli ve sürdürülebilir olması için dışarıdan hizmet alınması gerekmektedir. Sağlık Bakanlığı'na bağlı Dairelerin oluru ve onayı ile tüm kamu kuruluşlarına koruyucu sağlık hizmetleri alma yetkisi verilmiştir. Sağlık Bakanlığı tüm tıbbi tesis ve kurumlarda yürütülen sağlık araştırmalarını denetleme yetkisine sahiptir.

- Ülkenin sağlık kurumlarında görev yapacak elemanların eşit şekilde dağıtılması önemlidir ve bu yönetmelikte herhangi bir boşluk bulunmamaktadır. SB Sağlık Bakanlığı'na bağlı tıbbi tesislerin yapımını ve işletilmesini organize etmektedir. Bu sistem, yetkili Bakanlıkların danışması ve onayı ile uygulanmaktadır. SB'nin açıkladığı hizmet fiyatlarına, Sağlık Bakanlığı'nın onay ve kontrolünde ülkede faaliyet gösteren özel sağlık kuruluşlarında uyması gereklidir. Tüm tıbbi birimlerde, tıbbi tesislerde ve diğer hizmet türlerinde verilen tüm hizmetlerin fiyatları Sağlık Bakanlığı tarafından düzenlenir ve ilan edilir. Bu standardın uygulanmaması durumunda sağlık hizmetlerinin sunumunda sorunlar yaşanması beklenmektedir. Bu, verilen hizmetin kalitesini doğrudan azaltacaktır. Sağlık tesis ve kurumlarında görev yapacak personelin dengeli dağılımının sağlanması ve maaşların tek merkezden kontrol edilmesi sağlık sektörü için önemlidir.

- Sağlık kurumlarında hastaların doktor ve sağlık ocaklarını seçme hakkı, onlara müdahale edilmeden bir zincir halinde oluşturulmalıdır. Bazı durumlarda, acil durumlar dışında, sevk sistemi kapsamında yardım almak istemeyenlerin ek ücret ödemesi mümkündür. Sosyal güvencesi olmayanlar bu farkı kendileri ödemek zorundadırlar. Bu noktada sosyal güvenlik sisteminin önemi bu durumda ortaya çıkmaktadır. Sosyal güvenlik kurumunu seçimi kişisel haklarındanadır. Son dönemlerdeki uygulamalar tüm sosyal güvenlik mekanizmaları ele almış ve hepsini tek çatı altında birleştirerek kişilerin değişik hastanelerde farklı hizmet almalarının önüne geçilmiştir. Yeni sistemde hastanelerin sosyal güvenlik kurumu için özel ayrıma ihtiyaç olmadan tüm hastaların istedikleri hastanede hizmet alabilmesinin önü açılmıştır. Bir sağlık ortamında, hastanın doktor ve tıp merkezi seçme hakkı engellenmemelidir. Yeni sistemde, hastanelerin sosyal güvenlik teşkilatına karşı özel bir ayırım yapılmadan her hastanın her hastanede hizmet almasına izin verilmiştir.

- Eğitim, test, değerlendirme ve kontrol sistemleri sayesinde tıbbi birimlerde önceden belirlenmiş kurallara uyulup uyulmadığı, hizmetlerde standartlara uygunluğun sağlanıp sağlanmadığı belirlenebilmektedir. Bu şekilde olası hataların önüne geçilebilir.

- Sağlık hizmeti alan tüm kişilerin bireysel sağlık durumuna ilişkin ulusal bir sörveyans sistemi kurulmuştur. Sistem altyapısı dahilinde ÷lke genelindeki sağlık kuruluşları hasta bilgilerine, hastalar da sistem üzerinden kendileriyle ilgili bilgilere erişebileceklerdir. Oluşturulan hasta veri tabanı hizmet kalitesini artıracak ve olası risklere karşı bireyleri uyaracaktır.

- Sağlık Bakanlığı; ÷lkedeki dağılımının dengeli olabilmesi için sağlık tesislerinde ve kurumlarında görev yapacak sağlık personeli ve asistan sayısının planlamasını yapmalıdır. ÷lkenin ihtiyaçlarına göre uygun niteliklere sahip sağlık çalışanlarının yetiştirilmesine yönelik eğitim programları düzenlenebilir veya bu doğrultuda tavsiyede bulunabilir. Ayrıca tıbbi tesis ve birimler kendi personeline yönelik sürekli eğitim programları düzenleyebilir. Programın planlanması ve uygulanmasında üniversitelerden ve konuyla ilgili meslek kuruluşlarından akademisyenlerden yararlanılabilir. SB'nin sürekli eğitim programlarının tüm detayları bir yönetmelikle düzenlenmiştir.

- ÷lkede verilen hizmetlerin istenilen düzeye gelebilmesi için uzak, izole ve bölgesel alanlarda bakanlık düzeyinden taban düzeyine kadar sağlık sektörünün tüm kurum ve birimleri arasında koordinasyon gerekmektedir. Kamu ve özel sektör çözümü birlikte üretmelidir.

- ÷lkede hastalık hallerinden korunma, anne çocuk sağlığı, beslenme, aile planlaması, sağlıklı yaşam alanları gibi konularda bireylerin eğitilerek takip edilmesi tüm kamu kurum ve kuruluşlarının sorumluluğunda olup, meslek kuruluşları, STK'lar gibi yapılarla eş zamanlı yürüt÷lmektedir.

- Hastalık teşhis ve tedavisinde, koruyucu hekimlikte, hastalık sonrası rehabilitasyonda uygulanan aşular gibi biyolojik materyallerin üretim ve üretiminin kontrol altına alınması önemlidir. Hammadde, kozmetik, hazır ilaç, karışım, bilgiyi kapsayan dökümanlar ve üretimde kullanılan hammaddeler ile yan ürünlerin Sağlık Bakanlığı tarafından ithalatı, ihracatı, üretimi, dağıtımını ve tüketimi kötüye kullanma biçimiyle fiziksel veya psikolojik bağımlılığa neden olacağı da göz önüne alınarak özel mevzuatın öngördüğü şekilde ruhsatlandırılmıştır. Potansiyel olarak tehlikeli maddeler, ilaçlar, serum ve benzeri biyolojik maddeler ve diğer karışımların ÷lke içinde ve dışında bir ücret karşılığında kalitesinin kontrol ettirilmesi de yine bu mevzuat dahilindedir. Sağlık Bakanlığından izinsiz veya kanunla öngör÷lmeyen ruhsatsız ve bu biyolojik maddelerin, ilaç veya karışımların imali, ithali ve satışı ve üzerinde uygulanacak bireylerin izni olmaksızın bilimsel araştırmalarda denenmesi kanuna

aykırıdır. AB'ye katılmak için Türkiye, sağlık araştırmalarının çeşitli alanlarına önemli yatırımlar yapmaktadır.

Özellikle son yıllarda sağlık sektöründe özel şirketlerin devlet desteği veya ortak girişim olmaksızın kamu tesislerine yaptığı büyük yatırımlar da kamu tesislerinin temellerini değiştirmesine neden olmuştur. AB kriterlerine göre hastane açılması, müşteri odaklı hizmet verilmesi gibi yenilikçi girişimler gözlenmektedir. Sağlık hizmetlerinin etkin bir şekilde üretilmesi ve yarı kamu hizmeti işlevine ulaştırılması için bazı kurumsal değişikliklere ihtiyaç duyulmaktadır. Burada finansman bularak hizmet yenilenmesi için yatırım planları ayrıbir önem kazanmaktadır (Ener ve Demircan 2008: 77).



BÖLÜM II

SAĞLIK HİZMETLERİNDEN YARARLANAN HASTALARIN MEMNUNİYETİ

2.1. HASTA TANIMI VE MEMNUNİYETİ

Alıcı kelimesi sözlükte; Hizmet veya mal alırken karşılığında para ödeyen kişi anlamına gelir (TDK 2006). Hastanede müşteri kavramıysa; sağlık kurumlarından birinden hizmet satın alan kişi olarak tanımlanır (Öztüre 2010: 43).

Bir sağlık kuruluşunda müşteri kavramı, zaman içinde tesisin sunduğu hizmetlerden yararlanan kişi veya kişi grupları olarak ifade edilmektedir. Başka bir deyişle, tıbbi muayene ve tedavi tesisinin müşterisi hastadır. Ancak bu fikir günümüze kadar değerini büyük ölçüde kaybetmiştir. Geçmişte tıbbi tesislerin müşterileri denilince insanlar sadece hastaları düşünürken, günümüzde "tıbbi hizmet üretimi yapan her birey veya tesis" müşteri olarak kabul görmektedir (Kavuncubaşı ve Yıldırım 2015: 478).

Burada hastaların tıbbi tesisten ayrılırken memnun olması ihtiyaç duyduğunda aynı hastaneye gideceği anlamına gelir. Hasta memnuniyetsizliğini sözlü veya yazılı bir şikâyetle bulunarak ifade edebilir. Memnuniyet sadece müşterileri çekmekle değil, aynı zamanda rekabet avantajı sağlamakla da ilgilidir. Hastalar gizlilik duygusundan dolayı çekingen davranabilirler. Özellikle sağlık hizmetlerinde samimiyetle hareket etmek ve doğru iletişimi sağlamak gerekir. Sadakatli bir müşteri, birden çok müşteri anlamına gelir. Bu hastalar, olumlu düşüncelerini başkalarına ifade ederek hastaneye bağlılıklarını gösterirler. Pozitif düşünceye göre ihtiyaç olduğunda birçok müşteri bu işletmeye gelmektedir. Sağlık tesislerinin geniş bir heterojen izleyici kitlesi vardır ve bunların mufaza edilmesi gerekir. Bu da her hastanın değişik ihtiyaçlarının olduğu düşünülerek çeşitli hizmetlerin verilmesi gerektiğini vurgulamaktadır. (Yalçın ve Koçak 2009:).

Sağlık kuruluşu müşterileri, içeride ve dışarıda olmak üzere iki gruba ayrılabilir:

İçerideki müşteriler, bir sağlık kurumunda çalışan veya onlarla ilişkisi olan kişi ve gruplardır ve bu tıbbi tesisle bağları organikdir. Dışarıdaki müşteriler, bir tıbbi tesisin asıl hizmetlerinden direkt veya dolaylı olarak faydalanan kişi ve kuruluşları içerir (Taşlıyan ve Gök 2012: 75).

Tablo 2: Sağlık Kurumlarında İç ve Dış Müşteriler

Dışarıdaki Müşteriler	İçerideki Müşteriler
Hastalar, ailesi ve çevresi	Kurum Personeli (hekim, hemşire vb.)
Refakatçiler, ziyaret edenler	Danışmanlar
Devlet	Pay sahipleri
Diğer Sağlık Kuruluşları	
Eczaneler	
Tıbbi Malzeme ve ilaç firmaları	
Anlaşmalı Kurumlar	
Sigorta Şirketleri	
Medya	
Dernekler	

Kaynak: Kavuncubaşı ve Yıldırım (2015; 478)

Yukarıdaki tabloda bulunan sağlık kuruluşlarından hizmet alan bir hasta dış müşteri olarak değerlendirildiğinde hastanın genel profili şu şekilde sıralanabilir:

- Ödenen bedele göre kaliteli hizmet isteyen,
 - Hizmeti alırken bilgil isteyen ve bu sebeple sorgulayan,
 - Batılıların aldığı standartta sağlık hizmeti almayı bekleyen
- bir tüketici kesimi ifade edilmektedir..

Tıbbi tesislerin çalışmaya devam edebilmesi ve hedeflerine ulaşabilmesi, büyük ölçüde bu müşterilerin ihtiyaç ve beklentilerini karşılayabilmesine bağlıdır. Bu ihtiyaçlar ve beklentiler farklılık gösterdiğinden, sağlık yöneticilerinin her bir müşteriyi memnun ve tatmin etmek için farklı stratejiler geliştirmesi gerekebilir (Özgirin ve Tas 1996: 33- 34). Sağlık kurumlarından hizmet alan hastaların aldıkları hizmetten tatmin olmaları için bu kurumların sağlık kadrosunun tecrübeli, yetenekli ve bilgili olması, hastalarla olan iletişimlerinin güçlü olması gereklidir. Sağlık personelinin bu tecrübe ve iyi niyeti o kurumun tavsiye edilebilirliğini dolayısıyla hasta potansiyelini artırarak ekonomik yönden gelişmesine katkı sağlayacaktır.

2.1.1. Şehir Hastanelerinde Hasta Memnuniyeti

Memnuniyet bir tatmin durumu olarak kabul edilebilir. Müşterinin bakış açısından memnuniyet, belirli bir satın alma sonucunda müşterinin ihtiyacının karşılanma derecesi olarak tanımlanabilir (Oliver 1999: 34).

Hasta memnuniyeti, algılanan ve beklenen kalitenin bir fonksiyonudur ve çeşitli şekillerde tanımlanabilir. Bu nedenle müşteri (hasta) hizmeti almadan önce belirli beklentilere sahiptir ve hizmet verildikten sonra deneyimlerine dayalı olarak belirli algılara sahiptir. Sağlık hizmetlerinin kalitesini, etkinliğini, verimliliğini ve dolayısıyla performansını değerlendirmek için kullanılan önemli kavramlardan biri de hasta memnuniyetidir. (Kırılmaz 2013: 13).

Başka bir tanıma göre; Sağlık kuruluşlarının birincil çıktılarında biri olan hasta memnuniyeti, çoğu zaman “hastanın istek ve beklentilerinin karşılanması veya hizmetin fazlasının sağlanması, bu gereksinim ve beklentilerin karşılanması” olarak tanımlanabilir (Önsüz vd. 2008: 34).

Başka bir tanıma göre; Hasta memnuniyeti; Bu, hastaların aldıkları hizmetten bekledikleri faydaların, hastanın kaçındığı yüklerin, hizmetin beklenen etkinliğinin, hizmetin sosyokültürel değerlerinin, hizmet düzeyinin, hastanın aile kültürünün ve sınıfının sosyal statüsü, zevkleri ve alışkanlıkları, yaşam tarzı ve önyargılarının uygunluğunu ortaya çıkaran bir fonksiyonudur (Ateş 2012: 275).

Diğer bir tanımda; Hastanın memnuniyeti, “hastanın değer ve beklentilerinin memnuniyet düzeyi hakkında bilgi veren ve 50 kilit otoritenin hasta olduğu bakım kalitesini temsil eden temel kriter” şeklinde tanımlanmaktadır (Yılmaz 2001: 71).

Özet; Tıbbi tesislerle hasta memnuniyeti; laboratuvar hizmetleri, tıbbi müdahale, genel ağırlama hizmetleri, tıbbi bakım hizmetleri, sanitasyon, hemşirelik hizmetleri, teknoloji altyapısı, yemek dağıtımı, hizmete ulaşım hızı, bürokrasi, yönetim yaklaşımı, fiyat ve kalite gibi faktörlerden etkilenir.

Sağlık hizmetlerinden hastaların memnun olmaları 1956'da Amerika Birleşik Devletleri'nde hemşirelikte ölçülmüştür. Geçtiğimiz on yılda hasta memnuniyeti, özellikle İngiltere ve ABD gibi ülkelerde sağlık hizmeti kalitesi sonuçlarının bir değerlendirme ölçüsü haline gelmiştir. (Yılmaz 2001: 70).

1980'li yıllardan itibaren sağlıkta verilen hizmette hasta memnuniyeti çokça tartışılmış ve memnuniyetinin değeri sürekli artmıştır. Buna göre; sağlıkta hizmetin yorumlanmasında bir artış görülmüştür ve tüketici özelliklerinin yeniden değerlendirilmesi ihtiyacı doğmuştur (Bankaoğlu 2013: 21).

Akın ve Coşkun'a göre (2009: 109); Hasta memnuniyeti 1990'lara kadar sağlık kuruluşlarının birincil programı değildi. Birinci amaç, tesisin tıbbi hizmetlerinden yararlananları memnun etmektir. Bir süre sonra hizmet alanların hasta memnuniyetini ön planda tutması, sağlık kuruluşlarının ihtiyaçlara odaklanması ve bu doğrultuda hasta memnuniyeti ve öz değerlendirme eğitimlerinin verilmesi ile hasta memnuniyeti daha fazla önem kazanmaya başlamıştır.

Geçmişte kuruluşlar öz değerlendirmede klinik kalitesine odaklanırken, bu değişiklikten sonra verdikleri hizmetle hasta memnuniyetine odaklanmaya başladılar.

Hastane yöneticileri, sağlık tesislerinde hasta memnuniyeti ile ilgilenmeye başlamasıyla birlikte:

- Çok memnun bir hastanın hastaneyi çevresine tavsiye etme olasılığı daha yüksek,
- Hizmetten memnun olmayan bir hasta hastaneye dava açması,
- Müşteriyi elde tutma maliyetinin yeni müşteriler kazanma çabalarından daha az olması,
- Hasta memnuniyetinin sağlık giderlerine ve gelirlerine doğrudan etki etmesi gerçeklerin farkında olunmasında önemli olmuştur.

Bu nedenle tıbbi tesisler, hasta tatmin merkezli hizmet anlayışıyla yönetim felsefesini geliştirmeye ve hizmet sunum kalitesini artırmaya çalışan modern bir yönetim tarzı olan "Toplam Kalite Yönetimi"ni (TKY) benimsemektedir (Önal 2011: 53).

Memnuniyetin sağlık hizmeti ortamlarında hasta daptasyonunun bir ön şartı olduğunu kabul ederek, bu, hastaların tıbbi hizmetlerinden memnuniyetini sağlamaya ve geliştirmeye yönelik çalışmalıdır. Hasta tatminini artırmak için mutlaka ölçüm yapılmalıdır (Kaya 2010: 49), (Kaya 2010: 9). Hastaların tıbbi tesislerin sundukları hizmetlerden memnuniyetini ölçen çalışmalardan elde edilen sonuçlar, hizmet kalitesi değerlendirmesinden hizmet kalitesi eksikliğine kadar birçok alanda yol gösterici olabilir, sağlık hizmetlerindeki açıkları tespit edip kapatabilir (Ateş 2012: 276).

Her sağlık kuruluşunun yılda bir kez hasta memnuniyeti konusunda araştırma yaparak hastalara verdiği hizmetleri gözden geçirmesi ve teknolojik yenilikleri takip etmesi önemlidir. Hastaların ankete verdikleri cevaplar o kurumun yaptığı çalışmaların denetlenmesi ve takip edilmesi açısından gerekliliktir.

2.2. HASTA MEMNUNİYETİNİN ÖNEMİ

Tıbbi hizmet kalitesi araştırmalarındaki önemli kriterlerden biri de hasta memnuniyetidir. Hasta tatmini, sağlık hizmet kalitesinin bir göstergesi olarak hizmet etmekte olup, hasta memnuniyetine ilişkin elde edilen veriler, tıbbi hizmetlerin tasarım ve yönetiminde kullanılan önemli kriterlerden biridir. Bu nedenle hasta memnuniyeti, tıp profesyonelleri tarafından verilen hizmetlerin kalitesinin sağlanması ve bu hizmetin sürekliliğinin ve iyileştirilmesinin sağlanmasında önemli bir belirleyicidir. Hasta memnuniyeti; Hastane personeli, hastane yönetimi, hastaneler arasındaki yarış, devlet ve vatandaşlar için de çok kıymetlidir.

Hastaların memnuniyeti konusunda yapılan çalışmalarından çeşitli sonuçlara ulaşılmıştır. Hastanelerde nitelikli hizmet sunma hususunda; Hasta tatmini kilit ajanlardandır (Aytar ve Yeşildal 2004: 13).

Sağlık hizmet kalitesinin en önemli göstergesi hastalar ve yakınları tarafından belirtilen memnuniyettir sonucu ortaya çıkmıştır (şahin vd. 2005: 139).

Sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyetinin önemi; (Özer ve Çakıl 2007: 141) 'a göre;

- Hasta memnuniyeti sağlık bakım hizmetlerinin yapısı, süreci ve çıktısı hakkında yararlı bilgiler verir. Memnuniyet ölçüm sonuçları, kuruma yaptığı hizmetler konusunda ışık tutarak kendilerini değerlendirme imkanı sağlar.
- Hasta memnuniyeti, bir tıbbi kurumun güçlü veya zayıf yönlerini belirlemeye yardımcı olur.
- Duyulan hizmet kalitesini ölçmek ve değerlendirmek, maliyetleri düşürerek yarışta önceliği elde etmek için önemlidir.
- Hizmetten tatmin olan hastalar, doktorlarının ve sağlık profesyonellerinin tavsiyelerine kesinlikle uyarlar. Hekiminden memnun kalan hastaların, memnun olmayanlara göre hekimin talimatlarına daha fazla riayet ettiği kanıtlanmıştır.
- Memnuniyet duyan hasta ihtiyacı olduğunda her zaman aynı tesise gidecektir.
- Aldıkları hizmetten tatmin olmayan hastaların hastanedeki tecrübelerini memnun kişilere göre başkalarıyla paylaşma olasılıkları daha yüksektir.

- Hasta memnuniyeti hastanın hastane ile ilişkisini besleyerek hastaneden aldığı hizmeti çevresindekilere önermesini ve memnun müşterilerin daimi müşteriler haline gelmesini sağlar.

2.3. HASTA MEMNUNİYETİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Hasta memnuniyetine etki eden etkileyen birkaç ana faktör vardır: Bunlar; personele fiziksel ve çevresel özelliklere ve hastaya bağlıdır. Hastaların yaş, eğitim, gelir, meslek, cinsiyet, dil, din, ırk ve aile yaşamı gibi sosyodemografik özellikleri hasta tatmin düzeyi üzerinde etkili olmuştur. Herkese göre değişen bu kriterler sağlıkta hizmetten memnuniyet düzeyi ile yakından ilişkilidir. Benzer durumda, hizmet fiziksel şartlar ve hizmeti sunan personel de hizmet memnuniyetin etki edebilir (Yıldız Sebahattin ve Yıldız Sevda 2011: 127).

Hastaların memnun olması onların arzu ve beklentilerini sağlamak için yöneticilerin memnuniyetine etki eden etkenleri belirlemelidir. Bu sayede idareciler hastaların tatmin seviyesini artırmak için gerekenleri de saptayabilirler. Hasta memnuniyetini etkileyen birçok parametre olmasına rağmen değişkenler çeşitli kaynaklarda farklı şekillerde listelenmektedir.

Bu çalışmada hasta memnuniyetin etki eden etkenler; Hasta odaklı, hizmet odaklı ve çevre yada kurumsal faktörler olarak üç şekilde sınıflandırılmıştır.

2.3.1. Hastaya Ait Faktörler

Çevre faktörleri; Hastane türü, Yaş, destek sistemi, ekonomik durum ve hastanın anlayış seviyesi ile anlatılabilir (Çoban 2006: 17). Hastaların önceki tecrübeleri, arkadaşlarından aldıkları bilgiler, sözlü ve yazılı medyadan edinilen beklentiler, tanı, yaş, cinsiyet, sosyal durum, eğitim düzeyi, sağlık durumu, hastaların sağlık durumlarını bilmeleri hasta memnuniyetini etkileyebilir (Zaim ve Tarım 2010: 9). Hasta beklentilerine cevap vermek, fiziksel ve zihinsel rahatlığı sağlamak, memnuniyeti artırmada en önemli faktörlerden biridir.

2.3.2. Hastane Personeli Faktörü

Sağlık çalışanlarının karakterleri, şefkat, nezaket, özen ve anlayış, profesyonelce davranış, bilgi ve becerilerin sunumu, hastayla hemşire ilişkileri vb. (Pehlivan vd. 2007: 52) olarak sıralanabilir. Hastayla bakıcı etkileşmesi, hasta memnuniyetini ve hizmetin niteliğine etki eden önemli bir etkidir. Hastanenin teknik ve klinik faktörlerinin hastaların daha önce gittikleri sağlık kurumunu yeniden tercih etmelerini etkilemediği ve bireylerin aynı hastaneyi tercih etmelerindeki etkili faktörün kuruluş çalışanlarının davranışlarından kaynaklı hasta memnuniyeti olduğu belirlenmiştir. Tıbbi personelin kişilik özellikleri hastalara karşı davranışlarını etkilemektedir. Kibar, şefkatli, sevecen ve anlayışlı, profesyonel tutum, özenli, bilgi ve becerilerini sunma biçimlerinin yanı sıra hastanın rahat ve uyumlu hale gelmesini ve tedavisine katılmasını sağlayacaktır (Yalçın ve Koçak 2009: 24).

Özel olarak hemşireler, hastanede kalış süresi boyunca birlikte en çok zaman geçiren ve diğer hizmetler ile hasta arasındaki ilişkiyi sağlayan kişiler oldukları için hasta memnuniyetinde önemli bir rol yüklenmişlerdir. Hastayı hasta yerine birey olarak görme, sorularına güvenle cevap verme, hastanın sorunlarını hemşireyle paylaşma, hemşirelerin güler yüzlü olması ve ulaşılabilir olması gibi özelliklerin varlığı hastaların sunulan hizmetlerin algılanmasında önem kazanmaktadır.

2.3.2.1. Hasta ve Hekim Etkileşimi

Toplumun sağlıklı olması veya var olan ssıhhatli bir çevrenin sürdürülebilirliğini sağlamak hasta ile hekim arasında kurulabilecek ilişkinin niteliğine bağlıdır (Yağbasan ve Çakar 2006: 615). Sağlık şirketlerinin yenilemesi gereken temel algılardan biri hasta ve doktorla olan ilişkisidir. Birçok tüketici sağlık hizmeti algısı doktorları merkeze alır çünkü doktorla olan iletişim, bir hastanın sağlık sisteminde sahip olduğu en önemli ilgidir (Wolf 2001: 13).

Hekimlerin insanlararası iletişim becerileri hasta memnuniyetini etkileyen önemli bir faktördür. Hastalar bir hekimin hizmet kalitesini değerlendirirken mesleki bilgiden çok dinleme, saygı, duyarlılık, nezaket, yeterli zaman ayırma bağlamındaki hekim duruşunu dikkate alırlar. Emanuel ve Dubler'e göre (1995: 32); Etik analizlerde ve yasal standartlarda somutlaşan ve yaygınlaşan ideal doktorla hasta ilişkisinin asıl unsurları 6 (altı) C'de açıklanabilir: Yani: 1. opsiyon (Choice), 2. Yetkinlik (Competence), 3. Kominükasyon(Communication), 4. Nezaket (Compassion), 5. Süreklilik(Continuity), 6. Çıkar Çatışması (Conflict of interes) 'dir.

2.3.2.2. Hasta ve Hemşire/ Bakıcı Etkileşimi

Hemşirelik, sosyal hizmet anlamında çok önceki zamanlardan bu güne gelen ve hastaya bakmak, insanları sağlıklı kılmak, rahatlık temin etmek, ve hastaya güvenlik duygusu ve bakım vermek arzusuyla ortaya çıkmış bir hizmet mesleğidir (Erdemir 1998: 59). Yardımın birincil gayesi, birlikte güvenerek iletişim ve etkileşimlerde hizmet verilen kişiyi anlamak, bakım ihtiyaçlarını belirlemek ve nihayetinde sorunlarıyla daha iyi başa çıkmalarına ve ihtiyaçlarını karşılamalarına yardımcı olmaktır (Tutuk ve vd. 2002: 36).). Bir hemşirenin değer verdiği kişiyle bağlantı kurma şekli, bilgi ve iletişim becerileri yani hastayla olan iletişimidir (Üstün 2005: 89).

Hemşireler, aile, toplum ve bireylerin, sağlığını ve iyiliğini korumak ve iyileştirmek ve hastalık durumunda sağlığına kavuşturmak için tüm rol ve sorumluluklarıyla sağlıklı ve hasta bireylerle etkileşim halindedir (Atar ve Aştı 2011: 54). Hemşirelik, birçok hemşirelik kuramcısına göre; “kişilerarası bir etkileşim süreci” şeklinde tanımlanmakta (Atar ve Aştı 2012: 130) hastayla hemşire etkileşiminin önemi olduğu vurgulanmaktadır. Böylece Hemşireler, tüm hemşirelik işlevlerinde her zaman hastalarla etkileşime girmektedirler (Babadağlı vd. 2006: 54).

Özellikle hastahanelerde yatan hastaların iyileşme sırasında en fazla temas kurdukları çalışan grubu hemşirelerdir (Milutinovic vd. 2010: 461). Bundan dolayı hemşire davranışları hasta memnuniyeti üzerinde mühim bir etkiye sahiptir. Taburcu edilen hastalar üzerinde yapılan bir araştırmada hemşirenin davranışlarından genel olarak hasta memnuniyet düzeyinin yüksek seviyede tesbit edilmiştir..

2.3.2.3. Hastalar ve Diğer Hizmet Personeli İle Etkileşimler

Hasta memnuniyetine etki eden bir diğer etken de hastanenin farklı bölümlerinde hizmet veren diğer sağlık profesyonelleri, hekim, doktor ve hemşirelerden bağımsız ve onlarla çok az teması olan kişilerdir. Danışmanlık, hasta kaydı, hijyen, laboratuvar, radyoloji, patoloji, beslenme, konaklama, hasta nakli ve idari personel bu grupta yer alabilir. Hastalar bu grupla doktorlar ve hemşirelerden daha az etkileşime girmektedir. Ancak, bu grubun personeli tarafından gerçekleştirilen hizmetler hastanın sağlığı ve hizmetin etkinliği için çok önemlidir.

Hastaneye kayıt sürecinin uzaması, patoloji tetkik, radyografi vb. Check-in ve raporlama sürelerinin uzun olması, temizlik elemanlarının kaba davranışları, yemek ve konaklama personelinin temizliğe dikkat etmemesi, verilen sağlık hizmetinin

değerlendirilmesinde işletmenizde önemli farklar yaratabilir. Bu hizmetleri yerine getirirken personelin rahatsız edici ve kaba davranışları, hasta morali ve memnuniyetinde farklı bir etkiye sahiptir.

2.3.3. Fiziksel Veya Çevresel Faktörler

Çevre ve kurumsal etkenler, sağlık kuruluşunun organizasyonel durumları, iletişim, çalışma ortamı, eşlik etme ve ziyaret edebilme, kültürel ve sosyal faaliyetler, aydınlatma, ısıtma, havalandırma, gürültü, otopark, bekleme odaları, temizlik, fiziksel nitelikler hastaların memnuniyetini etkileyen etkenlerdir.

2.3.3.1. Hastanenin Hizmet Kalitesini Belirleyen Etkiler

Tıbbi hizmetlerin sunulduğu hastanenin kamu, özel ve üniversite hastanesi olması nedeniyle fiziksel koşulları yani otopark, bekleme salonlarının havalandırılması, aydınlatma, gürültü, ısıtma, ulaşım kolaylığı, temizlik, dış cephe görünümü, fiziki ve çevre koşulları, idari aparatları, çalışma saatleri, bekleme süresi, muayene politikası, beslenme hizmetlerinin hasta memnuniyeti üzerinde önemli etkisi olduğu saptanmıştır (Tanrıverdi ve Özmen 2011:89). Hastanenin sağladığı fiziksel ya da sosyal konfor, insanları evlerinde hissettirir ve memnuniyetlerini artırabilir. Tedavi ve bakım hizmeti alan hasta ise bunu sağlayan bakım ekibine daha fazla güvenecektir (Atilla 2012: 62).

Bu nedenle, hizmet kalitesinin iyileştirilmesi ve beklentileri karşılayan daha kaliteli hizmet verilebilmesi için, tıp alanında hizmet kalitesinin değerlendirilmesinde önemli bir endeks olan hasta memnuniyetinin değerlendirilmesi önemlidir.

2.3.4. Bürokrasiden Kaynaklanan Faktörler

Hastanelerin hasta memnuniyetini etki eden önemli kısım idari konulardır. Hastalar bürokrasi nedeniyle işlemler sırasında çok fazla vakit kaybettikleri için hastalıkları nedeniyle ilave bir sorunla karşılaşmaktadırlar. Bu durum, hastanın kabul ve servis sırasında karşılaştığı resmi işlem sayısı için geçen zaman hasta memnuniyetine etki eder.

Örneğin, muayene hizmet aşamalarında; • Gün almak, • Tıbbi tetkik, • Laboratuvar muayenesi, • Muayene sonucunu doktorun gözden geçirmesi • E-Recete'yi (elektronik reçete) onaylatmak şeklindedir. Buradaki aşamaya hastaneye yatış yapma işlemleri de ilave edilebilir (Marşap 2014: 197).

Şayet hastanın hastaneye yatırılmasına karar verirse bürokratik işlemlerin sayısı ve süresi artacaktır. Aynı şekilde bekleme süresinin artması da hasta memnuniyetini olumsuz etkileyecektir.

2.3.5. Güven Duymayla İlgili Faktörler

Yüksek düzeyde güven, kendilerini bilgili ve güvenli bir ortamda hisseden ve tedavi kararlarına dahil olan hastaların güvenmesini sağlar. Hastalar kendilerine verilen tedavinin doğru ve yeterli olduğunu hissetmeli ve buna inanmalıdırlar. Güvenin oluşmasında en önemli ölçü olan gizliliğe özen gösterilmesi, hastada güven duygusunun gelişmesini sağlar. Gizlilik, doktorların ve diğer personelin bir hastanın tıbbi durumu hakkında sahip olduğu bilgilerin gizliliğidir. Hasta mahremiyeti temel bir hasta hakkıdır (Marşap 2014: 197).

2.3.6. Beslenme Hizmetleri

Hastane, otellerin sunduğu hizmetlerin yanı sıra tıbbi hizmetler de sunan ve bu hizmetlerle ilgili hasta memnuniyetini sağlayan bir tesistir. Taburcu olan hastaların hastanede kaldıkları süre boyunca sıklıkla yemek yemeyi çok özledikleri belirlendi. Hastalar sadece yemeğin kalitesinden değil, aynı zamanda yemeği sunan kişiden, nasıl sunulduğundan, nasıl ve ne zaman teslim edildiğinden de etkilenir. Hastaya verilen yemek diyet olsa bile sunum şekli iyi olduğunda hasta hizmeti kaliteli olarak değerlendirecektir.

Bu nedenle; Hastanede hastalara ve sevdiklerine lezzetli bir yemek ve iyi hizmet verebilmek için iyi bir menü seçmek, en kaliteli malzemeleri kullanmak, yemekleri en hijyenik şekilde hazırlamak, güzel bir şekilde sunmak ve gıdaları israf etmemek çok önemlidir.

2.3.7. Bilgiye Dayalı Faktörler

Hasta memnuniyetin etki eden diğer bir etken olarak bilgi, temel hasta hakkıdır. Doktor ve hemşirelerin hasta ve yakınlarına hastalık hakkında bilgi vermesi, hastaların hastalık durumunu daha kapsamlı anlamalarını sağlar. Hasta; Durumunu, neler yaşadığını, daha ne kadar böyle kalacağını, nasıl bir tedavi göreceğini merak eder. Bilgi, verilen hizmetlerin etkinliğini ve hasta memnuniyetini artırırken, tedavi hizmetlerine ilişkin ayrıntılı bilgi de hastanın tedaviye uyumunu artırmaktadır. Bu

nedenle sağlık personeli; Hastaları, durumları hakkında onların anlayabileceği basit, teknik olmayan terimlerle aydınlatmalıdırlar.

2.3.8. Ücrete Dayalı Faktörler

Özellikle sosyal güvencesi olmayan hastalar için ödeme çok önemlidir. Hastalar en düşük fiyat ve kaliteli hizmeti isterler. Hizmetin maliyeti ve ödeme kolaylığı önemlidir. Yüksek hastane faturaları hasta memnuniyetsizliğini artırmaktadır. Ancak sosyal güvencesi olan hastalar için diğer faktörler daha önemlidir.

2.4. HASTA MEMNUNİYETİNİ AZALTAN VEYA ARTIRAN FAKTÖRLER

Hastanelerin gayesi hasta beklentilerine cevap vermektir. Hastaların beklentileri olduğu gibi veya benzer bir durumda geçmişteki yaşadıklarına göre değişir. Bundan dolayı her hastaya sunulan hizmetlerin içeriği, detayları, zamanlaması ve tedavileri farklılık göstermektedir. Bu durum hasta memnuniyet düzeyini de etkiler (Dölek vd. 2005: 123).

Toğun (2007: 18-19), çalışmasında hasta memnuniyetini artıran ve azaltan faktörleri şu şekilde sıralamıştır.

Hasta memnuniyetini artıran faktörler:

1. Hastanın karar alma süreciyle ilgilenmesi,
2. Hastaya, tedavisi ile ilgili bilgi verilmesi,
3. Aile bireylerinin desteği,
4. Hasta-profesyonel iletişimi,
5. Duygusal destek,
6. Fiziksel ihtiyaçlara(banyo gibi) zamanında yanıt alma,
7. Hızlı ve uygun ağrı kesici,
8. Eksiksiz mali açıklama ve tavsiye,
9. Ameliyattan önce ve sonra ameliyatla ilgili açıklama,
10. Taburculuk hazırlığı ve taburculuk sonrası bakım,
11. İşlemleri ve tedavileri hastaya ve ailesine açıklamak için süre isteme,
12. Hasta ve ailesinden gelen soruları yanıtlama,
13. Hastaya dikkatle izlendiklerini bildirme,
14. Hastayı mümkün olduğunca çok görmek,

15. Acil serviste destekleyici bakım göstermek.

Hastanelerde hizmet kalitesinin ve müşteri memnuniyetinin artırılması için memnuniyet artırıcı faktörlerin dikkate alınarak üst seviyeye çıkarılması konusunda gerekli çalışmaların yapılması gerekmektedir. Hastaların tedavi olmaları sırasında alınacak kararlarla ilgilenmelerini sağlamak, hastalıkları ve tedavileri hakkında bilgi vermek onları husurlu ve güvenli kılmaktadır. Bununla birlikte hastane çalışanları ile iyi iletişim kurmak, onların fiziksel ihtiyaçlarını karşılamak ve hastanın ailesine destek olmak bakım ve tedaviyi kolaylaştıracak, hasta daha hızlı iyileşecektir.

Hasta memnuniyetini azaltan faktörler:

1. Sağlık hizmetinin kalitesizliği,
2. Kaba personel,
3. Temizlik, düzen ve konfor eksikliği,
4. Doktor - hasta ilişkisinin düşmanca olması,
5. İlgili personelin bilgi vermemesi,
6. Gıda kalitesi düşüklüğü,
7. Ödeme planlarında (fiyatlarda) tutarsızlık,
8. Hizmet sağlayıcıların sürekli değişmesi,
9. Mahremiyete uyulmaması,
10. Hizmet sunucuların ve hastaların farklı kültürlerden gelmesinin iletişim güçlüklerine neden olması,
11. Doktora ve diğer personele ulaşmada zorluk,
12. Hekimin hastayla yeterince zaman geçirmemesi,
13. Doktor hastayı dinlemiyor veya rol yapıyor olması,
14. Doktorun hastayı hastalık hakkında bilgilendirmemesi.

Memnuniyeti azaltan unsurlarda gerekli iyileştirmeler yapılırsa hizmet daha kaliteli olur ve hasta memnuniyeti sağlanır. Hastanelerde hizmet kalitesinin iyileştirilmesi ve müşteri memnuniyetinin hasta değerinin bir göstergesi olarak kabul edilmesi, hizmetlerde evrensel değerlerin gelişmesini sağlayacaktır. Bu olumsuz etkiler hastane kalitesini ve hastaların tatminini olumsuz etkileyerek, hastanın iyileşmesini yavaşlatmakta ve hastaneye gitme isteğini en aza indirmektedir.

2.5. HASTA MEMNUNİYETİNİN ÖLÇÜLMESİ

Müşteri memnuniyetini ölçmenin en kolay ve en güçlü yolu beklenti veya tutarlılık yaklaşımıdır. Bu yaklaşım, müşteri memnuniyetini beklenti ve algıları karşılaştırarak ölçer. Algılanan hizmet beklenenden fazla ise müşteri memnundur. Beklentileri azaltarak veya algıları artırarak müşteri memnuniyeti artırılabilir. Tüm beklenti ve tanıma sürecinin müşterinin zihninde gerçekleştiğini vurgulamak önemlidir (Tengilimoğlu 2014: 327).

Hasta memnuniyetini ölçme süreci; Tıbbi tesislerin ve kuruluşların kendi kendilerini kontrol etmelerini, olumlu ve olumsuz yönlerini görmelerini sağlayarak daha iyi hizmet kalitesi sunmaya ve memnuniyeti en üst düzeye çıkarmaya çalışır.

Atilla'ya (2012: 63) göre hasta memnuniyeti ölçütleri; 1. Hedeflere uygun olarak hazırlanmalı, 2. Personel ve hastaları rahatsız edecek herhangi bir unsur içermemeli, 3. Uygulaması kolay ve ucuz olmalı, Sonuçlar sistematik olarak analiz edilmelidir. Memnuniyeti ölçmek, hizmet kalitesini iyileştirmek için yapılması gerekenler konusunda yönetimi bilgilendirecektir. Yöneticiler bu bilgilere dayanarak gereken iyileştirmeleri yapmak suretiyle hastaları memnun edebilirler.

2.6. HASTA MEMNUNİYETİNİ ÖLÇÜM YÖNTEMLERİ

Hasta memnuniyeti araştırması iki kategoriye ayrılır: nicel ve nitel araştırma. Odak grup görüşmeleri, gözlemler, video kayıtları ve "erkek danışan" tekniği nitel araştırmalardaki bilinen data toplama yöntemleridir. Hastanın evinde ya da sağlık kurumunda uygulanan anketler, postayla gönderilenler ve telefon anketleri nicel araştırmalardaki tekniklerdir (Kavuncubaşı ve Yıldırım 2015: 488).

2.6.1. Anket Yöntemi

Sağlıkta hizmet kalitesiyle hasta memnuniyetini belirlemek ve iyileştirmek için kullanılan ölçütlerden en yaygın olarak kullanılan ölçü, "anket" türüdür. Anketler aracılığıyla toplanan veriler değerlendirilerek, sağlık kuruluşunun mevcut performansının, gelişim fırsatlarının ve önceliklerinin yanı sıra temel konuların belirlenmesi mümkün olmaktadır. Fazlaca kullanılmasının nedeni, uygulanmasının kolaylığı, ucuz olması, geçerliliği ve güvenilirliğinin kolayca ölçülebilmesi ve başka örneklem tabanlı çalışmalarla kıyaslanabilir olmasıdır. Geçerlilik, anket sorularının ölçmek istediklerini ölçme derecesidir. Doğru bir ankette sorular net, anlaşılabilir, yönlendirmeden değişkenlerin doğru bir şekilde açıklanmasıdır. Güvenirlik ise aynı

grupta aynı koşullar altında birden fazla uygulanması halinde aynı sonuçları veren bir ankettir. Anket hazırlanırken, hasta memnuniyetine etki eden hizmetlerin kapsamını belirlemek ve bu yönleri ölçmek için uygun sorular hazırlamak gerekir. Sorular açık ve net olmalı, lüzumsuz sorular içermemeli ve mümkün olduğunca kısa olmalıdır. Sorular uzun olduğunda, katılımcılar bunalmış durumda olacaklar ve bu da soruların bir an önce bitmesi için doğru cevapların verilmemesine yol açabilecektir.

Hasta tatmininin belirlenmesi, sağlık sistemi performansının iyileştirilmesi ve hastanede verilen hizmetlerin daha iyi yönetilmesi için esastır. Uygulamada hastanenin hizmet kalitesi ve hasta memnuniyetini değerlendirmek için anket yöntemi kullanılmış, anket yüz yüze görüşme yoluyla gerçekleştirilmiştir. Hasta tatmini ölçümlerinin hedeflere uygun olarak hazırlanması, personel ve hastaları rahatsız edecek unsurlar içermemesi, kolay uygulanabilir olması, maliyetinin düşük olması ve sonuçların sistematik olarak analiz edilebilmesi öncelikli kriterlerdir.

2.6.2. Telefonla Görüşme Yöntemi

Tıbbi hizmet almış kişilerin telefon yoluyla iletişime geçerek bilgi aldıkları ve aldıkları hizmetleri değerlendirdikleri bir ölçüm yöntemidir. Bu, çabuk ve uygulaması kolay bir araştırma yöntemidir. Görüşmede sürenin iyi ayarlanması, görüşme metninin anlaşılır hazırlanması ve azami 15 dakikadan fazla olmaması önerilir. Bu yöntemin başarısı görüşmeciye bağlıdır. Bu nedenle görüşmeciye önceden eğitmek ve görüşmenin kural ve ilkelerini belirlemek gerekir. Hastanın tesisten ayrılmasından sonraki 3 gün içinde aranması, hastanın iyileşmesi ve sağlıklı yanıtları için hem etik hem de zaman açısından önemlidir. Bununla birlikte, bazı hastaneler, tesisten ayrıldıktan hemen sonra hastalarla görüşme yapmaktadırlar.

2.6.3. Yüzyüze Görüşme Yöntemi

Bu yöntemde yüz yüze görüşülerek hastalardan bilgiler toplanır. Görüşme sırasında, hastanın mümkün olduğunca çok nesnel ve gerçeğe dayalı bilgi sağlamasına olanak tanıyan bir ortam yaratmaya çalışılır. Görüşme esnasında hastaların şikayetleri ve rahatsızlık duyduklarının öğrenilerek çözüm bulmak için çalışma yapılmaktadır. Görüşmelerde mümkün olduğunca hastanın rahat ettiği bir ortamda yapılmalı ve bilgi vermeye teşvik edilmelidir.

2.6.4. Posta ve Elektronik Posta Yoluyla Yapılan Anket

Posta anketi, anket formunun bireylere posta yoluyla postalanması yoluyla veri toplama yöntemi iken, e-posta anketi, İnternet'te posta yoluyla anketin veri toplama yöntemidir. Her iki yöntemin de olumlu ve olumsuz yanları vardır.

Olumlu yönleri:

Bu yöntemlerle yapılan anketlerde verilerin güvenliğini sağlamak zor olabilir. Posta ile yapılan, zamandan ve işçilikten tasarruf sağlayabilecek anketlerde, anket katılımcıları cevap verirken ekonomik veya politik olarak etkilenmez çünkü etkileyecek kimse yoktur, katılımcılar anketi her an cevaplayabilir.

Email tarafından yapılan ankette;

Sorulan sorular veri tabanında tutulduğu için cevapların girilmesine gerek kalmaz, zamandan tasarruf sağlar, veriler için anında çizelgeler ve tablolar oluşturulabilir ve sonuçlara daha hızlı ulaşılabilir, internette süreklilik olduğundan kısıtlanmaz. Ankette telefon, kurye veya nakliye ücreti yoktur ve veri kaybı olmaz, bilgisayar eksik cevap için uyardığından cevapsız soru kalmaz. Bu nedenle anket, doğruluk ve netlikle yürütülecektir.

Olumsuz yönleri:

Posta anketinde, anket başladıktan sonra ortaya çıkan sorunların çözülmesi zor, ankete katılan eğitimsiz kişilerin yanıtlama oranı düşük olduğundan anket formlarının geri dönüş oranı düşüktür. Sorunun kim tarafından yanıtlandığını veya yanıtlayanın başkalarından yardım alıp almadığını tespit edilemiyor, posta ile yapılan incelemelerde birçok hata vardır ve bazı sorular cevapsız kalabilmekte hatta gönderilen sorular bile adrese ulaşamayabilmektedir.

e-posta ile yapılan ankette;

Ankete katılan eğitimsiz kişilerin yanıt oranı az ve anket formu geri dönenlerin oranı düşük, soruyu kimin yanıtladığı başkalarından yardım alıp almadığı belli değil, ankete katılanların internet erişimi olmayabilir, elektronik olarak yanıtlar verildiğinden internet erişim sıkıntısı yaşanabileceğinden, bu anket güvenilir değildir ve yanıltıcı olabilir.

2.6.5. Odak Grup Görüşmeleri Yoluyla Bilgi Toplanması

Tıbbi tesislerde yararlanan kişilerin deneyimlerini ve tavsiyelerini bilmek için kullanılır. 8-12 hasta ile önceden belirlenmiş konularda yarım saat ile iki saat arasında sohbet eden kişilere odak grup adı verilir. Odak grupları, hastaların memnuniyet

seviyesinetki eden faktörleri hakkında bilgi sahibi olmak için etkili bir ölçüm aracıdır. Maliyeti düşük ve uygulaması kolay bir yöntemdir. Odaklanmış ekip çalışmasının en büyük dezavantajı; Bir gruptaki insanların birbirlerini etkileme olasılığı yüksektir. Bu, nesnel bilgilerin toplanmasını engeller. Görüşme ortamının fiziksel durumu, rahatlığı, seçilen hastaların karakterleri, ekip liderinin davranışları odak grup görüşmesinde sonuca etki edecek faktörlerdir. (Esatoğlu 1997: 73).

Bu tekniğin artıları ve eksileri (Yanık 2000: 81)

Odak Grup Yönteminin Artıları:

- Detaylı hasta geri bildirim sağlar,
- Hastayı yeniden eğitime olanağı sağlayan hemşirelik hizmetleri verilir,
- Nitel analizler sorunlu alanlarda idarecilere yardımcıdır.
- Konuşma sırasında o güne kadar dillendirilmemiş başka sorunlar ortaya çıkabilir.
- Kurumun hasta görüşlerine önem verdiğini gösterir

Odak Grup Yönteminin Eksileri:

- Geri bildirim sınırlıdır.
- Sadece sorunları açıklar.
- Bir tartışmada gruptakilerden biri, baskın veya önyargılı olabilir.
- Diğer katılımcıların beğenmeyeceği korkusuyla bilgi verilmeyebilir.

2.6.6. Yönetimsel Gözlemler

Yöneticilerin hizmet kalitesini gözleyerek değerlendirmeleri için uygun ve pahalı olmayan bir yöntemdir. Hizmet sunucular ile hastalar arasındaki ilişkileri gözlemleyerek, onları ödüllendirmek ve teşvik etmek amacıyla hekim hastayı yakından takip edecek, ihtiyaçlarını ve memnuniyetini dikkatle izleyecektir. Bu tekniğin en önemli avantajı; Yöneticilerin faaliyetlerini, hedeflerini, potansiyellerini ve beklenen hizmet kalitesi seviyesini bilmelerini sağlar. Yöneticilerin gerçekte izledikleri olayları yorumlamak için yeterli deneyime veya eğitime sahip olmaması durumunda bu bir dezavantaj olabilir.

2.6.7. Çalışma Grupları

Çalışma grubu yaklaşımı, bir ekip olarak çalışan geri bildirim yaklaşımının benimsenmesidir. Bu yaklaşımda yönetici, her bir çalışandan ayrı ayrı bilgi almak yerine bir grup çalışandan bilgi alır. Diğer bir deyişle, grubun resmi olarak

oluşturulması ve konulara etki alanları arası bir tarzda yaklaşılması sağlanır. Bu yöntemin en ünlü şekli kalite çemberi olarak adlandırılır. Kalite çemberi, herhangi bir işyerinde verimlilik olunması, performans ve nitelik gibi birçok sorunu konuşarak halletmek için tamamen gönüllü olmak dayalı olarak meydana getirilen ve düzenli olarak bir araya gelen az sayıda bir çalışan grubu olarak ifade edilmektedir (Bayazit 1998: 97).

2.6.8. Hastalardan Personele Gelen Geri Bildirim

Hastaların fazlaca temas ettikleri gruplar hemşirelik personeli, idari personel, teknik personel vb. diğer tıp uzmanları gibi görev yapanlardır. Hastalar bürokratik işlem ve süreçlerini ve hizmet ortamına ilişkin görüşlerini tesis personeline bildirir. Çalışan geri bildirim sistemi sayesinde tesis yöneticileri, hastaların arz ve talepleri hakkında ne düşündükleri konusunda personelden geri bildirim alma olanağına sahip olmaktadır.

BÖLÜM III

DÜNYADA VE TÜRKİYE'DE ŞEHİR HASTANELERİ

3.1. DÜNYADA VE TÜRKİYE'DE ŞEHİR HASTANELERİ

Dünya sağlık camiasında değişen toplum anlayışı ile beraber sağlık sektörü de diğerleri gibi yeniden yapılanmıştır. Sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesiyle piyasa rekabeti ve ekonomik yapı güvence altına alınmıştır. Bu yeniden yapılanma sırasında oluşturulan yeni yöntemlerin değerlendirilmesi ve yönetilmesi ihtiyacı, Kanada'da Özelleştirme ve Düzenleme Birimi, Fransa'da Kamu Hizmetlerini Yeniden Yapılandırma Komisyonu ve Portekiz'de Yönetici Modernizasyon Sekreterliği gibi yeni örgütlerin kurulmasına yol açmıştır (Haque 2001: 75). Bu birimler öncelikle kamu kurumlarının kamu sektöründeki özelleştirme tecrübelerini araştırmaktadır. Bu sayede sürece dâhil olan kuruluşların örgüt kültürü analiz edilebilmektedir (Romzek ve Johnston 2001: 173).

Yeni kamu yönetimi yaklaşımlarının küresel ölçekte yaygınlaşan bu eğilim, geleneksel kamudaki hizmet anlayışlarından yeniden kamu hizmeti anlayışlarına geçişin yanı sıra kamu-özel hizmet ortaklıkları ve sunum süreçleri gibi yeni modellerin ortaya çıkmasına neden olmuştur. Bu çerçevede, aşağıdakiler de dâhil olmak üzere çeşitli kamu hizmeti sunumu modelleri oluşturarak kanunda önemli değişiklikler yapılmıştır (Karasu 2009: 79- 80). Bu gelişmelerin bir parçası olarak son yıllarda devlet-özel sektör işbirliği modeli ön plana çıkmıştır (Sosyal Güvenlik Dergisi 2016/1), (Sosyal Güvenlik Dergisi Journal of social security 2016 / 1).

Sağlık sektöründe kamu-özel işbirliği ilk defa Birleşik Krallık'ta hayata geçirildi. Britanya'da bu katılım, özel sektörün 1660 yılında finansman ve inşaat aşamalarında halka yardım etmesiyle 19. yüzyılda hızlandı. Dünya genelindeki KÖİ çalışmalarına baktığımızda bu modelin genel olarak sağlık, ulaşım ve enerji gibi belirli alanlara odaklandığını görebiliriz (Çakır 2016: 391). Sağlık sektöründe PPP modelleri İngiltere, Almanya, Fransa, Polonya, İtalya, İspanya, Macaristan, Romanya, Japonya,

Meksika, Güney Afrika Avustralya, Kanada ve Portekiz'de yaygın olarak kullanılmaktadır. (Sağlıkta KÖİ Derneği 2017).

Uluslararası şirket ve kuruluşlar tarafından hazırlanan raporlar, Türkiye'nin sağlık sisteminin dönüştürülmesinde önemli rol oynamıştır. Sağlık sisteminde yapılması gereken reformlar, Türkiye Ulusal Planlama Teşkilatı (DPT) için hazırlanan ve İngiliz şirketi Price Waterhouse tarafından yayınlanan "Sağlık Sektörü Ana Plan Çalışması" isimli bir raporla planlanmıştır. Bu rapor, içeriğiyle ilgili olarak, Türkiye'nin sağlık sisteminin durumunu ayrıntılı olarak incelemiş ve sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesini önermiştir.

Önerilen bu yönergelerde:

- ✓ Sağlık hizmetlerinin yerinden yönetimi,
- ✓ Sağlık hizmetlerinin finansmandan ayrılması,
- ✓ Sosyal güvenlik kurumlarının tek çatı altında bütünleştirilmesi üzerinde durulmuştur (DPT 1990).

Dünya Bankası'nın 2003 yılında Türkiye'ye sağlık politikasının transferi konusunda yaptığı "Türkiye sağlık sektöründe erişim ve verimliliği artırmak için reform yapıyor" isimli raporda, devlet hastanelerinin etkinliğinin artması için tıbbi hizmetlerin özelleştirilmesinin yönetim ve parasal etkinlik açısından önemi vurgulanmıştır (The World Bank 2014: 9).

Bu görüşe göre ülkemizde de belediye hastanelerinin kurulması önem kazanmıştır. Dünya Bankası, devlet hastanelerinin özerkliğini iki seferde uygulamayı önerdi. Birinci adım olarak Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerin Sağlık Bakanlığı'na bağlı özerk bir yapıda tek çatı altında toplanması ve Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'na bağlı özerk bir kurum olan Sosyal Sigortalar Kurumu'na (SSK) ait hastanelerin bünyesine katılması gerektiği netlik kazandı. İkinci aşamada, kendilerini yönetebilecek yetkinlik sergileyen tesislere seçici olarak özerklik verilmesi ve bu aşamada tüm tıbbi tesis personelinin sözleşmeli statüye geçirilmesi önerilmiştir (The World Bank 2003 IV-V).

Aralık 2010'da, Pricewaterhouse Coopers'ın "Sağlık Hizmetinde PPP Devriminin İnşası ve Ötesi" başlıklı raporunda, sağlık hizmetlerinin organizasyonunun bir kamu-özel ortaklığı, üzerinden yürütülmesi tavsiye edilmiş ve yenilikçi bir yaklaşım olarak nitelendirilmiştir (Pricewaterhouse Coopers 2010: 11). Hem Dünya Bankası gibi uluslararası kuruluşlar hem de Pricewaterhouse gibi uluslararası şirketler tarafından hazırlanan raporlarla Türkiye'nin sağlık sistemini yenileme isteği,

Türkiye'nin sağlık sisteminin şehir hastanesi modeliyle sonuçlanan bir dönüşümünü tetiklemiş ve şehir hastanesi modeline geçilmiştir.

Ayrıca 139 gelişmekte olan ülke için Dünya Bankası'nın hazırladığı 2014 Küresel Devlet-Özel Sektör Yatırım Raporu'na göre Türkiye, 2014 yılında 12,5 milyar dolar ile Brezilya'dan sonra kamu-özel sektör işbirliğinde en yüksek altyapı yatırımına sahip ülke oldu. Peru 8,1 milyar dolar ile üçüncü, Kolombiya 7 milyar dolar ile dördüncü, Hindistan 6,2 milyar dolar ile en yüksek altyapı yatırımına sahip ülkeler listesinde beşinci, Brezilya 44,2 milyar dolar ile ilk sırada yer alırken, Türkiye 12,5 milyar dolar ile ikinci sırada yer aldı. Avrupa'nın Altyapı Katılımı (PPI) 2015'te % 6 artarak 2015'te 107,5 milyar dolara ulaşırken, Türkiye'nin devasa özelleştirmesi Orta ve Doğu Avrupa'nın Altyapı Katılımına (PPI) güçlenmesine yol açtı (KÖİ Yatırımları 2012).

Sonuç olarak, belediye hastanesi dışarıdan tarafları içeren bir reform uygulamasına dönüşmüştür. Uygulama Türkiye'nin kendi iç koşullarına göre şekillenmekle beraber, İngiliz tecrübesiyle önemli benzerlikleri kapsamaktadır.

3.1.1. Dünyada Şehir Hastaneleri

Dünya ölçeğinde vatandaşların halk sağlığı bağlamında yararlanabilmesi için sağlık hizmetlerinin yararlılığını, kalitesini, etkinliğini ve performansını iyileştirmek için tüm dünya ülkeleri ortak bir sağlık hizmeti reformuna karar vererek ortak bir politika geliştirmeye başlamışlardır. Bu durum, öncelikle halkın sağlık hizmetleri ihtiyaçlarını karşılama kabiliyetini artırmak, sağlık bakım ve hizmetlerine erişimi iyileştirmek, sağlık hizmetinin kalitesini iyileştirmek, maliyetleri azaltmak ve sağlık hizmetlerinde etkinlik ve kaliteyi artırmaktır (Övgün ve Berk 2020: 69).

Dünya Bankası'nın 1986 tarihli Gelişmekte Olan Ülkelerde Sağlık Hizmetlerinin Finanse Edilmesi: Reform Gündemi başlıklı raporu, küresel sağlık krizinin ancak reformla çözülebileceğini ortaya koymuştur (The World Bank 1986: 40).

Dünyada gelişmekte olan tüm hükümetler, yeni altyapı projelerini kamu-özel sektör ortaklığı ile finanse ederek yap-işlet-devret mantığıyla hareket eden ve büyük ülkeler tarafından başlatılan PFI ve PPP (Kamu-Özel Ortaklığı) girişimiyle ekonomik dönem kamu hizmetlerini oluşturmuşlardır. ,

Brezilya hükümeti 12 yeni devlet hastanesi yapılmasına imza attı ve bunları özel bir sağlık şirketine devretti. Brezilya hükümetinin amacı, bu transfer sürecini

hastane tarafından sağlanan hizmetlerin kalitesini ve verimliliğini artırmak ve tıp alanından gelen bütçe yükünü azaltmaktır.

Bu ortaklık modeli, hastalara sunulan hizmet kalitesini artırma ve maliyetleri düşürme faydalarına sahip olsa da, yöneticilerin hizmetlere erişimi, finansmanı ve kurumlar arasındaki rekabeti dikkatli bir şekilde düşünmesi gerekir. Özel Finans Girişimi'nin (PFI) ayrıca tıp sektörüyle doğrudan ilgili olmayan temizlik, çamaşırhane, yemek odası, güvenlik, personeli otopark hizmeti gibi hizmetleri sağlamak için özel şirketlerle anlaşmaları yapmışlardır (Bult ve Dewulf 2008: 16), (Yescombe 2007: 2).

İspanya'da 1999 yılında hükümet ile, bankalar ve inşaat şirketlerinden oluşan bir konsorsiyum ve sigorta şirketleri arasında eski tesisin yerine yeni bir hastane yapmak ve işletmek için sözleşme yapılmıştır. Hastane yüksek bir performans düzeyine ulaştı, ancak sözleşme maliyetinin çok yüksek ve sürdürülemez olması nedeniyle hükümet tarafından 2018 yılında feshedilmiştir (Kerman vd. 2010: 19). Alzira modelinin savunucuları, verimlilik, kişi başına harcama ve kalite açısından üstün olduğunu, ancak bu modelin sağlık kuruluşu yetkilileri tarafından feshedilmesiyle KÖO modeli mevzuatının değiştiğini söylemiştir.

Kanun değişikliğinden sonra proje birçok standart dikkate alınarak KÖİ modeline göre İspanya'da uygulanmaktadır. Başkent Madrid'de yaklaşık 1,5 milyon dolar harcandı ve dokuz hastane inşa edildi. Bu tıbbi tesisler devlete aittir, ancak uzun süreli kiralama sözleşmelerinde sözleşme bedeli özel şirketlere ödenir ve devlet onları denetler. Buradaki temel amaç, kamu yararını korumaktır. (Shaoul vd. 2008: 102), (Ersöz 2010: 126).

İngiltere'de tüm dünyada sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi adı altında belediye hastaneleri kurulması için çabalar başlamış ancak yapılan araştırmalar sistemin çok kullanışlı ve verimli olmadığını göstermiştir. Bu sistemden ilk vazgeçen ülke Birleşik Krallık olmuştur. Benzer şekilde, Kanada ve kısmen Hindistan'da bu model iflas etmiş ve kullanılmamıştır.

3.1.1.1. İngiltere

Birleşik Krallık, devlet hizmeti projeleri için devletle özel sektör ortaklığı kavramını geliştiren dünyadaki ilk ülke oldu. KÖİ'ler, özel sektörle ortaklıklarla zararını azaltırken, çağa uygun tesislerde verimli, ucuz ve hesaplanabilir kamu hizmetlerinin sunulmasını sağlamıştır. PPP'ler, 21. yüzyıl sağlık endüstrisinin ihtiyaç duyduğu hizmetleri ve tesisleri sunmak için yenilikçi ve girişimci yaklaşımlar sağlar.

Amaç, güçlü ortaklıklar kurmaktır (Kosycarz vd. 2019: 1-2). Dünyadaki diğer ülkeler, kendi PPP modellerini geliştirmek ve sağlık tesisleri ve hizmetleri sunmak için Birleşik Krallık ile birlikte çalışmaktadır. Birleşik Krallık uzmanlığını kullanarak kendi PPP modellerini geliştiren ülkeler arasında Kanada, İrlanda, Portekiz, Avustralya, Japonya ve İsveç bulunmaktadır.

Birleşik Krallık'ın PPP'si, 20 yılı aşkın deneyimi, 130'un üzerinde sağlık KÖİ projesi ve 12 milyar sterlinlik sermaye değeri ile öne çıkmaktadır. Birleşik Krallık'ta 1991 yılında, hükümet bir kamu-özel ortaklığı başlattı. 1996 yılında, Norwich'te 1.000 yataklı bir hastanenin tasarımı, inşası, finansmanı ve işletilmesi için ilk sözleşme imzalandı. 2001 yılında Norwich Hastanesi bütçe dâhilinde ve planlanandan 5 ay önce tamamlandı. 2006'da İngiltere'deki en büyük PPP hastane sözleşmesi olan St Bartholomew's ve Royal London projesi için 1,1 milyar sterlinlik bir anlaşma imzalandı. 2012'de, 2001'den beri 130'dan fazla sağlıkla ilgili KÖİ tamamlandı veya yapılması onaylandı. 2016'da St Bartholomew's ve Royal London projeleri planlandığı gibi tamamlandı (Kosycarz vd. 2019: 1-2).

Genel olarak, Birleşik Krallık ve Avustralya gibi en büyük imza sahiplerinde bile, PPP'ler tüm sektörlerde toplam altyapı yatırımının yalnızca %1'ini temsil etmektedir. Çoğu OECD ülkesinde %5'ten azdır, birçok ülkede sıfıra yakındır. Avrupa'da, SAGP %5'in biraz üzerindedir (EIB, 2012). Avrupa KÖİ Denetleme Merkezi, 2016 yılında Avrupa pazarındaki (AB-28, Batı Balkanlar ve Türkiye olarak tanımlanan) tüm PPP işlemlerinin toplam değerinin 2015 yılına göre 12 milyar avroya ulaştığını bildirmektedir (Kosycarz vd. 2019: 1-2). Devlet hastanesini satın alan özel bir yatırımcının getirisini maksimize etmenin, hastaneye ücretsiz hizmet vermesi gereken hastalar üzerinde olumsuz etki yaratacağı düşünülmektedir. Bu teorinin reddine bir örnek, hükümet tarafından inşa edilen ve finanse edilen 12 yeni kamu hastanesinde özel bir ortak kullandıktan sonra tedavi edilen hasta sayısının %30 arttığı Brezilya'dır (Taylor vd. 2002: 2- 6).

Özel bir ortak tarafından satın alınan bir kamu hastanesinin avantajını gösteren başka bir örnek, St. Goran hastanesidir. Özel ortaklıklar yalnızca hizmet kalitesini artırmakla kalmaz, aynı zamanda hastaneler de aynı kaynaklarla yılda 100.000 hastayı tedavi edebilir (Hjertqvist 2000: 3-4). McKee vd. (2006: 891) Avustralya, İspanya ve Birleşik Krallık gibi ülkelerin deneyimlerine dayanarak, yeni KÖİ kaynaklı elektrik santrallerinin konvansiyonel olarak üretilen elektrik santrallerinden daha pahalı olduğunu vurgulamaktadır. Ancak ilk olarak, genellikle zamanında inşa edilirler ve

ikincisi, geleneksel yöntemlerle yeni kurulumlar genellikle kaliteyi düşürmüştür. McKee vd. (2006: 892) 2001'de İngiltere'deki PPP projelerinin bütçe dâhilinde ve zamanında teslim edildiğini, konvansiyonel satın alma yöntemleri kullanılarak inşa edilen %30 hastanenin zamanında ve “bütçenin içinde” tamamlandığını bildirmiştir (McKee ve vd. 2006: 890 -893).

3.1.1.2. Kanada

2003'ten bu yana değeri 18 milyar doları aşan 50'den fazla hastane satın alma, inşa etme veya işletme sürecinde KÖİ'yi kullanmaktadır. Bunların çoğu Ontario'da, diğerleri British Columbia, Quebec'te ve daha yakın zamanda New Brunswick'te. Kanada'nın sağlık altyapısı yenileme hedeflerine, PPP modeli aracılığıyla giderek daha fazla ulaşılmaktadır (McKee vd. 2006: 890– 893). Kanada il altyapı kurumları ve hastaneler, projenin zamanında gerçekleştirilmesi, bütçelerin değiştirilmemesi, inovasyonun sağlanması ve uzun vadeli maliyet kesinliğinin sağlanması nedeniyle KÖİ başarılı olmuştur.

Kanada'nın KÖO Hastanesi klinik yenilik sağladığından hasta memnuniyetini artırmıştır. Muhtemelen kullanılan tedarik modelinin değil de yeni birçok tesisin, Kanada KÖO hastane finansmanı açısından daha iyi sonuçlara yol açabilecek birçok girdi özelliği göstermektedir. Özel sektör tekliflerini değerlendirirken klinik fonksiyona odaklanıldığında özel sektörün çabaları arasında şiddetli rekabetin olduğu uluslararası uzmanlar hem hastane tarafında hem de sağlayıcı tarafında hastane planlaması ve tasarımında yer almaktadırlar (Hjertqvist 2000: 34). Kanada'nın sağlık sistemi birçok zorlukla karşı karşıya. Yaşlanan nüfus, artan kronik hastalıklar, hızla değişen tıp teknolojisi ve kısıtlı bütçeler her şeyden önemlidir. Akut ve profesyonel bakım hizmetlerinin daha büyük, merkezi bir tesiste yoğunlaştırılmasıyla teknoloji ve tıbbi uzmanlık daha verimli kullanılabilir ve bakım kalitesi iyileştir duruma gelmiştir. PPP modelinin de bu zorlukların üstesinden gelecek şekilde geliştirilmelidir (Gerard vd. 2009: 1114–1120).

3.1.1.3. Avustralya

Avustralya'da, Batı Avustralya Hükümeti, 1996 yılında Joondalup Sağlık Kampında klinik ve klinik olmayan hizmetlerin tasarımı, inşası, yönetimi ve sunumu için başlıca sağlık yardım gruplarından biri ile bir PPP anlaşması imzaladı. Sözleşme, Yap Sahip İşlet Devret modeline göre yapılmıştır. Bu, 20 yıla kadar yapısal ekipman

ve tıbbi hizmet iyileştirmelerini içerir. 1998 yılında hizmete giren 365 yataklı hastanenin şu anda 379 yatağı bulunuyor. Yatakların %60'ı halka açıktır ve hükümet tarafından makul bir oranda ödenebilir. Hükümet, sermaye maliyetini geri kazanmak ve nihayetinde hastane satın alma sürecini tamamlamak için son 20 yılda özel ortaklara "kabul ücreti" ödeyecek. İmtiyaz aşamasında, hastane fiilen özel sektöre aittir, ancak hastanenin bulunduğu arazi devlete aittir. 20 yıllık sözleşmenin sonunda bu varlıkların tüm bileşenleri devlet mülkiyetine dönecek. Özel sektör (tıp merkezi ve özel hasta sektörü) 40 yıl sonra devlete iade edilecek. Devlet ayrıca tüketilen her hizmet için yıllık hizmetin büyüklüğünü göz önüne alarak genel 135 yatak için ücret ödeyecektir (Ferreira ve Marques 2020: 3- 6).

3.1.1.4. İtalya

İtalya'nın sağlık sistemi Servizio Sanitario Nazionale (SSN), Avrupa'daki en büyük ikinci PPP pazarına dönüşmüştür (Finlombarda 2011). Bu PPP projeleri, tamamen yeni hastanelerin inşasından yenileme projelerine ve otoparklar ve eğitim merkezleri gibi küçük klinik olmayan varlıkların sağlanmasına kadar uzanmaktadır (Finlombarda 2011). İtalyan SSN vergi desteklidir ve tüm nüfusa tıbbi bakım sağlar. SSN merkezi değildir ve yerel hükümet tıbbi hizmetlerin finansmanından ve sağlanmasından sorumludur. Yerel yönetimler, yerel vergiler yoluyla mali kaynaklar üretir, sağlık bütçeleri belirler ve mali kaynakları yerel sağlık sektörüne yönlendirir. 2002'de Conferenza Stato Regioni, SSN hastanelerinin beşte birinin değiştirilmesi ve %30'unun yenilenmesi gerektiğini değerlendirdi (Conferenza 2002). Bu vergi açığı, PPP'nin sağlık sektörüne girmesinin arka planını oluşturdu. İngiliz uygulamasına uygun olarak, İtalyan tıp sektöründeki PPP genellikle İngiliz standartlarını takip eder ve kamu ve özel sektör arasında bir anlaşma vardır. (Finlombarda 2011: 4).

3.1.1.5. Polonya

Polonya'da sıhhat sisteminin durumu karmaşıktır. Özel ve amme sektörü içinde, bir hastanede hususi ve amme ortaklarının ortak hissedarlığı benzer biçimde alternatif iş donanması için muhtelif fırsatlar vardır. Bununla birlikte, amme ödeme kurumları ile kısa vadeli sözleşmeler ve sıhhat hizmetleri için fazlaca düşük bir finansman düzeyi benzer biçimde KÖO'larının geliştirilmesi için mühim engeller bulunmaktadır. KÖO'larının Polonya pazarındaki başarısını etkileyebilecek ana faktörler şunlardır: sıhhat hizmetleri için ödeme icra eden ile meydana getirilen içinde

bulunan sözleşmedeki değişiklikler, istikrarlı ekonomik yapı ve yasal koşullar, müsait risk dağılımı, her iki tarafta ehil deneyim, kanaatkar hususi ortak ve ehil başlangıç sermayesi şeklindedir (Kosycarz vd., 2019: 1- 2). Çoğu ülke benzer biçimde Brezilya da sıhhat bütçesinin ortalama yüzde 70'ini hastanelere harcamaktadır. Gayri safi yurtiçi hasılda (GSYH) sıhhat harcamalarının hastane oranı yüzde 8'i aşmıştır. Bu, orta gelirli bir ülke için yüksektir ve OECD'nin fazlaca daha varlıklı ülkelerinin averajına yakındır. Brezilya amme masraflarıyla alakalı kısıtlamalarla karşı karşıyadır ve hastane harcamalarının büyümesini engellemek istemektedir (Gerard vd. 2009: 1114–1120).

3.1.1.6. Çin

Çin'deki KÖİ projeleri ile ilgili daha önce yapılan araştırmalarda, KÖİ projelerinin objektif, güvenilir ve pratik risk değerlendirme modelleri ve çeşitli paydaşlar arasında adil risk paylaşım mekanizmaları bu KÖİ projelerini uygulamış ve başarı için önemli olduğu gösterilmiştir. Ancak, bu alandaki gerçek ampirik araştırmalar sınırlıdır. Çin'de KÖİ projelerinin uygulanmasına yönelik kilit riskleri belirlemeyi ve değerlendirmeyi ve özel sektör ile kamu sektörü arasında uygun risk paylaşımını ele almayı amaçlayan araştırmanın ilk aşaması hakkında rapor verilmiştir. Ampirik çalışma, farklı risk faktörlerinin göreceli önemini araştırmak ve bir KÖİ projesinde risk faktörlerinin farklı taraflara atfedilmesini analiz etmek için tasarlanmıştır. Toplam 580 anket, veri analizi için toplam 105 geçerli yanıtla sonuçlandı (Albert vd. 2011: 17). MannWhitney U testi, Çin'in özel ve kamu sektörleri ile sanayi işçileri ve akademisyenler arasındaki algılarda önemli farklılıklar olup olmadığını belirlemek için kullanıldı. Deney sonucu, Çin'deki PPP projeleri için en önemli üç risk faktörünün şunlar olduğunu göstermektedir: (1) Hükümet yolsuzluğu, (2) Devlet müdahalesi ve (3) Kamu karar alma süreçlerindeki zayıflıklar. Bu sonuçlar, Çin hükümetinin müdahalesi ve yolsuzluğun, Çin'deki KÖİ projelerinin başarısının önündeki en büyük engel olabileceğini göstermektedir. Bu risklerin ana kaynakları, Çin'deki KÖİ projelerinin yetersiz yasal ve denetleyici sistemine kadar takip edilebilir. 105 geçerli yanıtlar üzerinde MannWhitney U testi yapıldıktan sonra, deneysel bulgular, Çin'de 34 risk faktörünün özel ve kamu sektörleri arasındaki algılarının önemli ölçüde farklı olmadığını göstermektedir.

Benzer şekilde, bilim adamları ve endüstri uygulayıcıları arasında önemli bir fark olmadığı için, hükümet yolsuzluğu konusu, ilkinde ikincisinden daha ciddi olarak

algılandı. Risk açısından, ampirik sonuçlar, kamu ve özel sektörün genel olarak tanımlanan risklerin çoğuna katıldığını göstermektedir. Kamu sektörünün almayı tercih ettiği başlıca riskler sistematik riskler, özellikle siyasi, hukuki ve sosyal riskler kategorisine girmektedir. Sistematik risk kategorisinin ekonomik risklerine ek olarak özel sektör, özellikle inşaat, işletme ve ilişki riskleri olmak üzere belirli bir projenin risk kategorilerinde büyük riskler tutmaya karar vermiştir. Tercihen, kalan risk, çevresel risk, iki sektör arasında paylaşılmıştır (Albert vd. 2011: 1- 7).

3.1.1.7. Rusya

Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında Kamu-Özel İşbirliği (PPP) tarafından yürütülen belediye hastaneleri, Rusya'da da talep görmektedir ve kamu-özel işbirliği modeliyle Rusya'daki Belediye Hastanelerinin yapımına katkıda bulunan özel yatırımcılardan biridir. Rusya'da çeşitli illerde on beş hastane inşaatı tamamlanarak teslim edilmiştir. Rusya'daki çeşitli üniversitelere bağlı olarak 15 modern bölge hastanesinin birlikte çalışacağı açıklanarak, şehir hastanesi yapılması konusunda anlaşmaya varıldı. İnşa edilecek hastane, dünyanın büyük hastaneleri ile Rusya'yı veri tabanındaki tüm modern ekipmanlarla birbirine bağlamaktadır. Bu projelere ek olarak, Rusya Doğrudan Yatırım Fonu (RFPI), yatırımcı-kurum ortaklıkları ve Rusya'da tıbbi ekipmandan tıbbi bakıma kadar tıbbi alanda üretim faaliyetleri, planlanmıştır. Bu proje akademik düzeyde tıp eğitiminin kalitesinide artıracaktır. Biyotıp ve dijital teknoloji alanlarındaki ileri bilimsel başarılarından yararlanılarak, "Bilim" ve "Sağlık" ulusal projelerinde belirlenen hedeflere ulaşılması planlanmaktadır. Ayrıca tıbbi cihazlar, sarf malzemeleri, tıbbi ürünler ve ilaçlar için gerekli güncellemeler desteklenmektedir.

Rusya'da hastanenin eski alt yapısıyla yenilenmesi ve yeni binalar yapılması için adım atan şirket yetkililerinden alınan bilgiye göre, yatırımların büyük bölümü Sibiryta bölgesinde yapılacak. KÖİ şeklinde yatırım projelerinin hayata geçirileceği Kazakistan ve Özbekistan başta olmak üzere Rusya'nın yanı sıra diğer Türki Cumhuriyet'lerindende de çok sayıda talep olduğu belirtildi. Rusya Hükümeti bu projelerin hem genel hasta kabulü ve memnuniyeti hem de finansman açısından ülkelerine sağlayacağı faydaları göz önünde bulundurarak, 400 yataklı hastane inşa anlaşmasınının 125.000 m²'lik bir alanı kaplayan Moskova şehir hastanesi olduğunu söyledi. Türk hükümeti ve Türk yatırımcıların yardımıyla şehirdeki hastanelerin inşaatının kısa zaman içinde başlanacağını duyurmuşlardır.

3.1.1.8. Brezilya

Brezilya'nın sağlık sistemi, kamu ve özel finansman, yönetim ve mülkiyetin bir birleşimidir. Devlet, maliyetin yaklaşık yüzde 45'ini üstleniyor. Geriye kalan %54'lük kısmı özel sigortalar, özellikle ilaç masrafları olmak üzere %25'ini oluşturmaktadır. 1980'lerin sonlarında merkezi olmayan birleşik sağlık sisteminin (BSS) yaratılmasından bu yana, yerel yönetimler ve daha az ölçüde devlet, finans ve dağıtım sistemini yönetmiştir. Finansman hükümetin üç katmanı arasında paylaşılıyor, ancak federal hükümet sağlık için kamu finansmanının %50'sini sağlıyor. Brezilya Sağlık Sistemi (BSS), prensipte tüm nüfusu kapsar, ancak gerçekte çoğu hasta yoksuldu. Örneğin, BSS hastane bakımının %90'ını en düşük gelir grubuna ve %82'sini bir sonraki gelir grubuna finanse etmektedir. Gelişmekte olan ülkeler için alışılmadık bir durum olan hükümetler, hizmetlerinin önemli bir bölümünü özel kurumlar aracılığıyla finanse etmektedir. Örneğin hastanelere yapılan kamu harcamalarının %56'sı BSS ile yapılan sözleşme kapsamında özel kuruluşlara ödenmektedir. Hastanelerin yaklaşık %38'i ve yatakların %30'u halka açıktır. Kalan harcamaların %25'i kar amacı gütmeyen kuruluşlara ve %37'si ticari sağlık kuruluşlarına paylaştırılmıştır.

2.600 kamu hastanesinin neredeyse tamamı, doğrudan federal, eyalet veya belediye hükümetleri tarafından bütçe birimleri olarak yönetilir ve işletilir. Doğrudan yönetim olarak bilinen bu geleneksel kamu yönetimi biçimi, tüm kamu kurumları için iş, satın alma, finansman ve bütçeleme süreçlerine ilişkin kanunla belirlenen kurallara uymakta ve karar alma merkezi neredeyse her zaman "hastanenin üzerinde" olmaktadır. Sorumlu tutuldukları ölçüde, genellikle nasıl para harcadıkları, personel kiraladıkları ve personel ve malzemeleri nasıl yönettikleri konusunda kurallar vardır. Brezilya kamu sektöründe sıklıkla olduğu gibi, doğrudan yönetilen hastanelerde personel fazla, vasıfsız ve sonuçlardan sorumlu değil. Bu hastaneler, özellikle etkinlik açısından mevcut önlemlerin çoğundan daha düşük performans gösteriyor. (Gerard vd. 2009: 1114–1120).

3.1.1.9. İrlanda

İrlanda'nın sağlık sistemi, özel ve kamu finansmanının karmaşık bir kombinasyonunu içerir. Sağlık harcamaları esas olarak kamu fonlarından karşılanmaktadır, ancak özel sağlık sigortası ve kişisel cepten yapılan ödemeler de

önemli bir rol oynamaktadır. 2016 verilerine göre nüfus içinde yaklaşık %43 kişi özel sağlık sigortasına sahiptir. Buna özel veya yarı özel akut bakım hastanesi hizmetleri dâhildir (Mercille 2019. 2-4). Ancak, 25 yıllık sözleşme süresi boyunca hükümetten yapılacak kümülatif yıllık ödemelerin, hükümet tarafından yapılan doğrudan alımların maliyetini aşması riski vardır. Ayrıca, sağlık sektöründeki PPP'lerle ilgili Avrupa deneyiminin bir incelemesi, performansın 'karma' ve 'yetersiz' olduğu sonucuna varmıştır. İrlanda deneyimine ilişkin değerlendirmeler, PPP programlarının hükümete beklenenden daha pahalıya mal olduğunu da gösteriyor. Özel maliyetler, özel borçlanma oranlarının devlet borçlanma oranlarından daha yüksek olması nedeniyle ortaya çıkar. Borçlanma faizi, toplam proje maliyetinin bir kısmı özel şirketlerin kârları ile karşılanırken, sigorta, dış danışmanlık, yönetim ve işletme maliyetlerini devlet ödemek zorundadır. Teorik olarak, bu maliyetler daha kaliteli bir şekilde karşılanabilir. Proje veya verimlilik tasarrufları, ancak çok az ampirik kanıt bu iddiayı destekliyor.

3.1.1.10. Portekiz

Portekiz tıbbi bakımında PPP tüm dünyada yaygındır. Bu ortaklıklar, mevcut hastaneleri kişisel olarak yönetmeyi amaçlayan basit bir franchise'dan, öncelikle topluma bakım sağlamak için hastanelerin ve birinci basamak sağlık merkezlerinin entegrasyonu ile karakterize edilen tüm bakım seviyelerine kadar uzanmaktadır. Bu modellerin önemli bir özelliği, klinik hizmetlerin kamu sektörü ve stratejik özel ortaklar tarafından imzalanan sözleşmelere dahil edilmesiyle ilgilidir. Birleşik Krallık Özel Finans Girişimi'ni takip eden en yaygın model, tüm altyapı, yan hizmetler ve bina yönetimini özel ortaklara bağlar ve bakım hizmetlerini Ulusal Sağlık Hizmeti çatısı altına getirir. Örneğin Fransa, Almanya, İtalya ve tabii ki Birleşik Krallık gibi ülkeler bu tip PPP modelini benimsemiştir. Buna karşılık, Portekiz ve İspanya gibi bazı Akdeniz ülkelerindeki deneyim, hastane PPP sözleşmelerinde personel, klinik ekipman, ilaçlar ve klinik olmayan çamaşırhane hizmetleri gibi klinik hizmetlerin yönetilmesini içerir. (Ferreira ve Marques 2020: 3- 6).

Ancak, hastane KÖİ sözleşmelerinin başka kategorileri de vardır. Örneğin, Avrupa Birliği, basit konaklama modellerinden (BT ile ilgili olan veya olmayan) klinik olmayan hizmetleri yönetmeye, belirli tıbbi cihazların sağlanmasına, kurulmasına ve bakımına kadar sekiz farklı model kullanır ve tıbbi PPP'leri sınıflandırır. Bu kategorideki diğer modeller, Portekiz'de olduğu gibi ayrı altyapı ve klinik hizmetleri

içeren ve İkiz Özel Amaçlı Araç modeliyle aynı özel kuruluş tarafından tam hizmetli ikincil bakım sağlayan ortak girişimleri içerir ve bu model bazı Alman hastane zincirlerinde de bulunur. 1979 yılında kurulan Portekiz tıp sektörü, talep eden tüm vatandaşlara evrensel ve ücretsiz tıbbi hizmetler sunmayı hedeflemektedir.

. Sağlık sistemi Portekiz Sağlık Bakanlığı'nın sorumluluğundadır ve sağlık hizmeti sağlayıcılarını (birincil, hastaneler, toplum merkezleri, ikinci basamak bakım merkezleri) olası sözleşmeler kapsamında finanse eder. Fonlar, topluluğun vergilendirilmesi yoluyla toplanır. Bu nedenle, Portekiz tıbbi sistemi Beveridge sistemidir. Sağlık için yapılan kamu harcamaları şu anda GSYİH'nın yaklaşık %6'sını oluşturmaktadır. 2010 yılına kadar, bu harcama gelişimi genel olarak olumlu bir yörengede idi ve GSYİH büyümesini geride bıraktı. Krizden sonra bile tıbbi maliyetler kriz öncesine göre düşük bir oranda nominal artış kaydetti. 2016 mali yılında sağlık ve kamu harcamaları, kişi başına 0,61 € idi ve toplam cari harcamaların yaklaşık yüzde 66'sını oluşturdu. Bu nedenle Portekiz, Avrupa Birliği ve OECD'deki en pahalı ülkelerden biri olmaya devam etmektedir (Ferreira ve Marques 2020: 36). Ulusal bütçedeki tıbbi maliyetlerin ağırlığı nedeniyle, bazı Portekiz hükümetleri KÖİ modelini ikincil tıp sektörü olan hastanelerde uygulamaya koymuştur. Bu model, muhafazakâr Birleşik Krallık özel finans girişimi modeli ile İspanyol (Alzira) modeli arasında yer almaktadır. Birinci basamak olarak bilinen Portekiz hastane PPP modeli, tasarım, inşaat, finansman, işletme ve yer değiştirmeyi içerir. Özel bir ortak ile kamu sektörü arasında iki uzun vadeli sözleşme imzalanır. Biri altyapı ve bakım için 30 yıllık faaliyet, diğeri ise klinik yönetim ve klinik olmayan hizmetler için 10 yıllık faaliyettir. Bu, Portekizli ve İngiliz hastane KÖO'ları arasındaki temel farktır. Portekiz modelinin altında yatan fikir, paketlenmiş altyapılardan ve klinik yönetimden kaynaklanan sinerjilerin kullanılmasıdır (Ferreira ve Marques 2020: 3- 6).

3.2. TÜRKİYE'DE ŞEHİR HASTANELERİNİN TARİHÇESİ

Resim 1: Bilkent Şehir Hastanesi



Kaynak : <https://www.medikalakademi.com.tr/hastane/ankara-bilkent-sehir-hastanesi-randevu-iletisim-ve-konum/>

bu yana, tıbbi hizmet sunmaktan sorumlu hastanelerde, tıp alanında teknolojinin modernleştirilmesi ve yeni ekipman üretilmesi, hasta güvenliğinin iyileştirilmesi ve tıbbi tesislerle hasta memnuniyetinin artırılmasında önemli değişiklikler ve gelişmeler olmuştur. Halkın kaliteli kamu ve özel sağlık hizmetlerinden yararlanabilmesi için hizmet aldıkları kabul edilmektedir (Aslan ve ark. 2008: 23-24). 1987 yılında sağlık alanında çıkarılan 3359 sayılı Temel Sağlık Kanunu, KÖİ modelinin resmi olarak geliştirilmiş halidir. Ertesi yıl Numane Hastanesi fikri hayata geçirildi, yurtdışından finansman sağlanmaya başlandı ve 1999 anayasa değişikliği nedeniyle yaygınlaştı. (Karasu 2011: 218).

2003 yılından itibaren Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında geliştirilen yenilikler ve yönetmelikler doğrultusunda temizlik, gıda gibi hizmetlerin dış kaynak kullanımı yoluyla özel sektör tarafından desteklenmektedir (Akdağ 2010: 60). 2005 yılında KÖO model yöntemine ait YİD modeli sağlık sistemine dâhil edilerek Temel Sağlık Yasası çerçevesinde uygulamaya konulmuştur. Bu dönemde KÖİ modelinin sağlık alanında örneklenmesi amacıyla kira karşılığı sağlık tesislerinin yapımına başlanmış, sağlık tesisleri ve ek binaların bakım ve onarımı gerçekleştirilerek tıbbi destek hizmetleri gerçekleştirilmiştir. Sağlık dışı temizlik, güvenlik kafeteryaları gibi hizmetler ile birlikte tesis içi tıbbi araç ve ekipmanları standby pozisyonuna taşımayı planlanmıştır (Acartürk ve Keskin 2012: 28).

2007 yılında bakanlığa bağlı KÖİ Daire Başkanlığı'nın kurulmasıyla bu modelin ilgili birimlerinin kurulmasına başlanmıştır (Altan vd. 2013: 15).

Türkiye'de bu modelin en önemli resmi adımı Sağlık Bakanlığı (SB) tarafından başlatılan kamu-özel işbirliği modelidir. Kanuna uygun olarak KÖİ modeli ile faaliyete geçecek olan sağlık tesisleri, özel hukuk kapsamındaki gerçek veya tüzel kişiler tarafından Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen standartlara göre ihale edilerek, belirli bir süre için kiralanmak üzere inşa edilecektir. Proje uygulamasında yer alan özel sektör kuruluşları, inşaat ve işletme sorumluluklarını önceden belirlenmiş bir zaman dilimi içerisinde yerine getirmelidir. Öte yandan devlet, bu sözleşme karşılığında uzun vadeli bir ödeme planıyla şirkete kira ödeyecektir (Uygun 2013: 25). Şehrin hastane kirası ve hastane personel maaşları Sağlık Bakanlığı tarafından karşılanmakta ve gelir tıbbi tesisin işletme sermayesinden sağlanmaktadır. Bu nedenle hazineye yük olmayacağı düşünülmektedir (Ayhan ve Önder 2018:518). Türkiye'de son yıllarda üstlenilen büyük ölçekli projeler bu modeli takip etmektedir (Özer 2016: 12).

KÖİ modeline göre bu projeler belirli koşullar bazında uygulanmaktadır. Dolayısıyla:

1. İmzalanan sözleşmelerin azami süresi 49 yıldır. Ancak bu dönem genellikle 30 yıl olarak sayılır.
2. Temel şartnamelerin ön taslakları ve ekleri Sağlık Bakanlığı tarafından sunulacaktır.
3. Proje inşaatı için arazi devlet tarafından ücretsiz olarak sağlanmaktadır.
4. Proje detayları ve diğer tüm detaylar özel sektör tarafından hazırlanacaktır.
5. Müteahhitler arasında kazanan özel kuruluş sağlık tesisinin inşaatına başlayacaktır.

Şehir hastanelerinde; Mevcut hastanelerin bir kısmı genel sağlık tesislerine dönüştürülecek ve şehir hastanesinde tüm hastanelerde uzman doktorlar görev yapacağından, ülkedeki doktor açığının kapatılacağı düşünülmüştür. Aynı şekilde laboratuvar, röntgen gibi görüntüleme ekipmanlarının tek bir merkezde toplanması, farklı hastanelere ekipman tedarik etme ihtiyacını ortadan kaldıracığını (Yılmaz Karakaş 2011) yorumlamışlardır.

Merkezi ambulans hizmetleri, yoğun bakım hizmetleri, eczaneler, geri dönüşüm ve bertaraf merkezleri, otoparklar ve çocuk oyun alanları gibi departmanlar da bu yapılarda yer almakta ve katkıları hasta memnuniyetini ve sağlık hizmetlerinin sunulmasını sağlamaktadır. Belediye hastanelerinde sağlık hizmeti veren taraf özel sektör değildir. Tıbbi hizmetler genel halk tarafından sağlanmaktadır ve tesisin

tasarımı ve inşası iyi finanse edilmektedir. Diğer bir deyişle, kamu-özel sektörde yürütülen projelerde sadece tıbbi ve hasta bakımı ile ilgili sağlık temelli hizmetler sunulacak, diğer tüm yan hizmetler özel sektör tarafından sağlanacaktır (Yılmazand Karakaş, 2011). Kanuna göre Türk hekimliği uygulaması doğrudan devlet tarafından sağlanan bir hizmet olduğu için KÖİ projesine dahil edilmemiştir. Sağlık Bakanlığı tarafından 2010 yılında yayınlanan bir araştırma raporunun sonuçlarına göre, Türkiye'de verilen sağlık hizmetlerinin %5'i hizmet alımı yoluyla özel sektörden yararlanmaktadır (Akdağ 2010: 61). Laboratuvar işlemleri, sterilizasyon, tıbbi görüntüleme, temizlik hizmetleri, bilgi ve veri işleme sekreterlik ve personel hizmetleri, otelcilik hizmetleri ve teknik destek kafeterya ve otopark işletme gibi temel sağlık hizmetleri firma tarafından verilmektedir. Diğer hizmetler hastane başhekimliği tarafından sağlanacak ve her iki taraf da kendi personelini çalıştıracaktır.

Tablo 3: KÖO Kapsamında Yüklenici Firma Tarafından Sunulacak Hizmetler

P1 HİZMETLERİ	P2 HİZMETLERİ
Bina ve Arazi Hizmetleri	Temizlik Hizmetleri, Güvenlik Hizmetleri, Otopark Hizmetleri
Olağanüstü Bakım ve Onarım	Yemek ve Çamaşırhane Hizmetleri
Yer ve Bahçe Bakımı	Atık Yönetim Hizmetleri, Sterilizasyon ve Dezenfeksiyon Hizmetleri
Ortak Hizmetler Yönetimi	Hastane Bilgi Yönetim Sistemi(HBYS) Uygulama ve İşletme Hizmetleri
Mefruşat Hizmetleri	Refakat ve Hasta Yönlendirme/ Danışma
Diğer Tıbbi Ekipman Destek Hizmeti	İlaçlama Hizmetleri, Laboratuvar Hizmetleri, Görüntüleme Hizmetleri, Rehabilitasyon Hizmetleri

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı Şehir Hastaneleri ve Koordinasyon Dairesi Başkanlığı

P1 hizmetinin kullanım ücreti Sağlık Bakanlığı bütçesinden karşılanmaktadır. Kullanıcı ücretleri teklif verme sürecinde belirlenir. P2 hizmeti için ödenen hizmet bedeli hastanenin döner sermayesi tarafından karşılanır. Bu hizmetlerin maliyeti, her beş yılda bir yapılan pazar testlerine göre değişir. Bu sayede döner sermayeli şirket, P2 hizmetlerinin fiyat riskini üstlenmektedir (Emek 2017: 40). Belediye hastanelerinde en çok tartışılan konu finansmandır. Bunun en önemli nedeni, hastane inşaat maliyetlerinin ve kiralarının açıklanmamasıdır. Sağlık Bakanlığı ile yüklenici arasındaki sözleşmenin detaylarına üçüncü şahısların erişimi yoktur. Bu durum, konu hakkında daha fazla bilgi edinmek isteyenler için çeşitli soru işaretlerini akla getirmektedir. Ancak bu süreç tarafından şeffaf bir şekilde işlenmediği için de eleştiriliyor. Farklı illerde yapımı tamamlanan ve birçok ilde yapımı devam eden

belediye hastaneleri uzun süredir kiralanmaktadır, dolayısıyla gelir gider muhasebesinin nasıl yapılacağı çok önemlidir. Bu hastaneler çok büyük finansal kaynaklarla inşa edilirken, şirketler varlıkları nedeniyle kar etmek istiyorlar. Bu bağlamda hem özel şirketlerin hem de devletin gelir tablolarını sağlıklı bir şekilde düzenlemeleri gerekmektedir. Aksi takdirde bu hastaneler Türkiye bütçesi üzerinde baskı oluşturabilecek bir yatırım olacaktır (Gökkaya vd. 2018: 136). Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı'na bağlı olan Belediye Hastanesi, Devlet Hastanesi ve Üniversite Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne göre oldukça büyük bir sağlık kuruluşudur. Burada yapılan her türlü tıbbi üniteyi kapsamak ve bu bölgede yaşayan insanların her türlü tıbbi ihtiyaçlarını en son teknoloji ve tıbbi imkânlarla karşılamaktır. Ancak, çok yüksek ekonomik maliyetleri nedeniyle eleştirilmektedirler.

3.3. ŞEHİR HASTANELERİNİN KURULUŞ AMACI

1990'lı yıllardan sonra "Kamu-Özel Ortaklığı" (PPP) altında Yap-İşlet-Devret modeli olarak bilinen KÖO, altyapı çalışmalarıyla tanınır hale geldi. Türkiye'de tıp alanında en nitelikli ülkelerden biri haline gelerek, ülke sağlık hizmetlerine daha kapsamlı ve daha modern ekipmanlarla hizmet verebilmek ve sağlık turizmi adıyla yurt dışından gelen hastalara fayda sağlamak üst seviyede hizmet verme dönemine geçmiştir. Türkiye'de belediye hastaneleri ile sağlık sisteminde yeni bir dönem başlamıştır. Bu hastanelerin yapımında maddi destek çok önemli bir rol oynamıştır. Şehir hastanesi projesi ile sağlık sisteminde yeni fırsatlar ortaya çıkmasıyla şehir hastaneleri en iyi sağlık hizmeti sağlayıcıları arasında yerini alacaktır. (Uysal 2020: 389).

“Sağlık hizmetleri sunumunun performansını yükseltmek amacıyla; Aynı kampüs içerisinde, ihtiyaç duyulan, başta tıbbi hizmetler olmak üzere bütün sağlık hizmetlerinin entegre bir şekilde sunulduğu, eğitim ve araştırma hizmetlerinin her alanda sunulmaya çalışıldığı, teşhis ve tedavide yeni teknolojilerin ve yaklaşımların uygulanabildiği, bu sayede hasta yatış sürelerinin kısaltılmaya çalışıldığı, nitelikli hasta yatak sayısının artırılmasına imkan tanındığı, hastaneler arası hasta naklinin azaltılmaya çalışıldığı, hasta güvenliğinin ve memnuniyetinin artırılmaya çalışıldığı, sağlık turizmi faaliyetlerinin artırılmasına alt yapı sağlandığı, çalışanın güvenliğinin önemsendiği, iş gücü ve hizmet kalitesinin artırılmasının hedeflendiği ve bunları yaparken de maliyet etkinliğinin önemsendiği, özel yönetim modellerine sahip dijital ve kompleks niteliğinde akıllı bina yapısında ki hastaneler” olarak tanımlanan şehir

hastaneleri, ülkemiz uygulamasında 2 farklı işletim sistemi ile karşımıza çıkmaktadır. Bunlardan birincisi ilki KÖİ yöntemine göre inşa edilen ve işletilen şehir hastaneleri, diğeri ise geleneksel yöntemlere göre inşa edilen şehir hastaneleridir (Uçar 2017: 5).

3.3.1. Şehir Hastanelerinde Kamu-Özel İşbirliği Genel Özellikleri

Tıp alanındaki KÖİ modelinin yaklaşık 25 yıllık bir geçmişi vardır. KÖİ modeli iki nedenden dolayı tercih edilmektedir. Bunlar: 1) Kamu hizmetlerinin düzenlenmesinde ve kamu yatırımı sürecinde özel sektörün mali gücünden yararlanmak, 2) Şirketin yeterlik ve kapasitesinden yararlanmak. Bu alanda dünyadaki KÖİ modelini Japonya, Kanada, Meksika İngiltere, Romanya, İspanya, Fransa, İtalya, Almanya, Macaristan, Avustralya, Güney Afrika Polonya ve Portekiz izlemektedir. Uygulanabilir ülkeler KÖİ'lere yatırım yapmaya devam etseler de, bunlar hala toplam kamu yatırımının sadece küçük bir kısmını temsil etmektedirler (Uz 2007: 24).

Tablo 4: Dünyada Sağlık Kamu-Özel İşbirliği Uygulamaları

Ülkeler	Başlangıç Yılı	Proje Sayısı	Proje Bütçesi
İngiltere	1990	130	15 Milyar \$
İtalya	1999	50	6,5 Milyar \$
Almanya	2002	21	3 Milyar \$
Fransa	2002	50	5 Milyar \$
Portekiz	2002	6	1 Milyar \$
Kanada	2003	92	26 Milyar \$
Türkiye	2009	34	20 Milyar \$

Kaynak: Sözer AN. Sağlıkta yeniden yapılanmanın (özelleştirmenin) devamı olarak Şehir Hastaneleri. Dokuz Eylül Üniv Hukuk Fak Dergisi 2013; 15: 215- 253.

Kamu-özel işbirliği modelleri her ülkenin kendine has özellikleri nedeniyle farklılık gösterebilmektedir. OECD tarafından bu konuda hazırlanan bir raporda, KÖİ modelini uygulayan ülkelerin bu işbirliğini (ihale prosedürleri, bütçeleme, denetim vb.) Ülkenin özelliklerine göre bu örgütün bakanlığa bağlı ayrı bir kuruluş mu, Valiler Cemiyeti'ne bağlı özerk bir yapı mı yoksa kamu veya özel bir kuruluş mu olduğuna karar verilmesi gerekebileceğine dikkat çekilmiştir (Uz 2007: 25).

3.3.1.1. Kamu-Özel İşbirliğinin Avantaj Ve Dezavantajları

Sağlık sistemindeki KÖİ modelinde tıbbi sisteme dâhil edilen belediye hastanelerinin bazı faydaları ve zararları vardır.

Faydaları:

- Kamu sektörü reformunu kolaylaştırmak.
- Kamu hizmetleri daha kaliteli ve daha uygun fiyatlarla sunulabilir.
- Kamu hizmetlerinin finansmanı sorununa alternatif çözüm 'tür.
- Yüksek mali kaynak gerektiren projelerin uygulanmasını kolaylaştırır.
- Yüksek rekabet ortamı yaratmak ve verilen hizmetlerin kalite düzeyini yükseltmek.
- Kamu hizmetlerinin sunumunda özel sektörün imkânlarını kullanmanızı sağlar.
- Ekonomik faaliyette ulusal pay ve sorumluluğun idari yükünü azaltır.
- Proje riskleri paylaşılır.
- Yatırım maliyetlerinden kaynaklanan bütçe açıkları önlenir.
- Uygulayıcı şirketin neden olduğu proje hatası gibi teslimat sürecini aksatan ve sebeplerle kaldırılmayan veya düzeltilmeyen her dakika için yaptırım ve cezai işlem uygulanır. Sözleşme cezası kullanım ücretinden düşülür.
- Hastanenin özel sektör süreç yönetiminin hızlı olması ve kamu hastanelerinde kaynak yetersizliği gibi sorunların olmaması, ileri teknik yapının uygulanmasını mümkün kılar.
- Teknik altyapı perspektifinden hastanelerde: Yeşil hastane sistemleri, trijenerasyon, sismik izolasyon cihazları, yatak başı kapalı alanlar, otoparklar vb. dünya standardına yükseltilir böylece sistem ve yapısal iyileştirmeler sağlanır.
- Yirmi beş yıl sonra hastaneler ücretsiz olarak Sağlık Bakanlığı'na devredilir.
- Tedavi çeşitliliğinin yaygınlaşması, hizmet kalitesinin artması ve yeni teknolojisinin devreye girmesi gibi faydaları ülkenin tamamına sunacak ve nitelikli yatak kapasitesini artırır.

Zararları:

- Büyük projeler için sınırlı sermaye arzı, ihale aşamasında rekabetçi bir ortamın oluşmasını engellemektedir.
- İç piyasa kısıtlamaları maliyetleri artırabilir.
- Projenin yatırım ve işletme süresi de dâhil olmak üzere uzun bir süreye sahip olması, yürütücü şirketin potansiyel riskini mümkün olduğunca fiyata yansıtmayı amaçlamaktadır.

- Sözleşme tasarımı, yürütülmesi ve yönetimi bir uzman tarafından gerçekleştirilmelidir. Aksi takdirde riskler önceliklendirilemez ve yetersiz veya eksik yaptırımlar uzun vadeli sorunlara yol açabilir.
- Özel sektörden borçlanma kaynak maliyetlerini daha da artırmaktadır.
- Sözleşmenin uzun vadeli yapısı, kaynak için uzun vadeli bir ödeme yükümlülüğü yaratır. Bu durum kamuoyunun genel bütçe esnekliğini azaltmaktadır.
- Şehir hastanelerinin işletilmesi söz konusu olduğunda hem kamu hem de özel sektör bu alandaki sorunları çözmek için zaman ayırmaktadır. Bunun nedeni alanın yeni olması ve yeni bir yasa gerektirmesidir.
- İşletme sürecinde uzun vadeli sözleşmeden kaynaklı sık sık personel (hem kamu hem de özel) değiştirilmesi mevzuatı bilmeyen eleman bakımından sorunlara sebep olabilir Uysal 2017: 195).

3.3.1.1.1. Sağlık Çalışanları Üzerindeki Etkileri

Hastaneler çalışanlar ve hastalar için tehlikeli yerlerdir. Sağlık çalışanları çalışma ortamında birçok riskle karşı karşıya kalmaktadır. Bu nedenle çalışma ortamını sağlıklı tutmak, çalışma saatlerini ayarlamak, karşılaşılabilecek riskleri ortadan kaldırmak veya en aza indirmek, çalışanın fizyolojik özelliklerine göre çalışma düzeni kullanılacak araç ve cihazlarla kullanıcıların uyuşunu sağlamak temel amaçtır. Belediye Hastaneleri'nin devreye girmesiyle birlikte birçok bireysel hastane tek yerleşkeye taşınarak, iletişim kanallarını, kurum kültürlerini, sorunlu çeşitli kurum ve organizasyon yapılarını tek çatı altında toplayarak, içinde entegre edilmiş projeler hayata geçirilecektir. Yüz binlerce sağlık çalışanının hayatını şekillendiren ücretler ve maaşlar gibi kilit faktörler hakkında karar verirken sağlık çalışanlarının ve temsilcilerinin ihmal edilmesi, sağlık çalışanları için son zamanlarda bir sağlık ve güvenlik sorunu olarak kabul edilmektedir. Çalışma durumu, ulaşım, barınma, çocukların eğitim durumu ve çalışma alışkanlıkları ücretlendirme sırasında göz ardı edilmemelidir.

Sağlık çalışanlarının sağlık ve güvenliğinin sağlanması ve tıbbi bakımda kaliteli tıbbi hizmet sunulmasının en önemli koşullarından biri güvenli istihdam koşullarına sahip yeterli sayıda sağlık çalışanının bulunmasıdır. Türkiye halen Avrupa Birliği ortalamasının gerisindedir, ancak sağlık sektöründe insan kaynağının önemli ölçüde geliştiği göz ardı edilemez bir gerçektir (Yıldırım 2013: 459).

Belediye Hastanesi; Sermaye oluşumuna katkının önemli olduğu Belediye Hastanesinde çalışanların görece yetersizliği, kişi başı işgücü fazlası, iş yükü, ücret değişikliği ve ödenmeme riski, zaman baskısı, kurumsal irade, çalışan karar verme sorunları, yönetim çeşitliliği, ulaşım için daha fazla zaman, artan iş ile ilgili taşeronluk endişeleri, konum büyüklüğü nedeniyle artan izolasyon vb. İşyerinde stresi artırabilecek psikososyal bir risk oluşturur. Ülkemizde işletilen bir belediye hastanesinin olumlu ve olumsuz durumlarını İngiltere'deki bir belediye hastanesinin deneyimi ile karşılaştırarak harekete geçmek mümkündür. Ancak İngiltere'yi örnek alarak, ulusal iş kanunları, çalışan ücretleri, mesai saatleri, sosyal haklar, rakamlar, hemşire ve doktor atamaları gibi rakamlar verilerek sağlamlığı esas alan objektif bir değerlendirme yapılırsa sonuç alınabileceği gerçeği gözden kaçırılmamalıdır.

3.3.1.1.2. Sağlık Hizmeti Alan Hastalar Üzerindeki Etkileri

Coğrafi Etkiler:

Şehir merkezindeki hastanelerin kapatılması ve entegre sağlık bölgelerine taşınması, halkın hastanelere erişimini zorlaştırabilir. Şehir hastaneleri bölgede ve şehrin eteklerinde planlanmıştır, bu da yaşlılar, engelliler ve uzak bölgelerde yaşayan insanlar için tıbbi tesislere erişimi zorlaştırabilir. Konutlara daha yakın olan kamu hastanelerinin kapatılması, acil sağlık hizmetine ihtiyaç duyulan durumlarda yerleşim yerlerine yakın bireyler tarafından işletilen özel sağlık tesislerine olan ihtiyacı artırabilir. ÇED raporu bu olasılıkları doğrulamaktadır.

Dünyadaki benzer operasyonlara bakarsak, Ontario ve British Columbia'daki KÖİ hastaneleri, küçük topluluklardaki hastaların bazen onlara ulaşmak için saatlerce seyahat etmesini gerektirmektedir.

Ekonomik Etkiler:

2000 yılında sağlık hizmetlerinden yararlanmanın maliyetleri ulaşım ve ilaç faturalarını içerirken, sağlıkta dönüşüm projesinin yarattığı ek mali yük ile reçete ve katılım ücretleri gibi maliyetler yol katılım ve ilaç payına eklenmiştir. TÜİK verilerine göre haneler sağlık harcamalarının %16,6'sını karşılamaktadır. SDP reformlarının cepten sağlık harcamaları üzerindeki etkisi aşağıda gösterilmektedir.

Kaliteli Sağlık Hizmetlerine Erişim:

300 yataktan az ve 600 yataktan fazla olan hastanenin verimliliği azalırken, yatak sayısındaki artış hizmet verimliliğini artırmaz. Şehir hastaneleri 331 m²/yatak iken, Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde yatak

sayısı 138 m2/yatak'a kadar çıkmaktadır. Bu yüksek alan verimsizliklere yol açabilir (SES Kitapçığı 2017: 38).

Mersin Şehir Hastanesi'nin üzerinde çalıştığı örneğe bakın; Mersin'in en büyük iki hastanesini kapatılarak hizmete giren Mersin şehir hastanesinin toplam hasta sayısı değişirse de binanın büyüklüğü çok arttı ve bölümler arası ulaşımında sıkıntı olduğu görüldü. Özellikle acil bir durumda kullanılan bir kod sistemi vardı, ancak sorumlu ekip, kod verilmesine rağmen olay yerine zamanında ulaşmakta zorlanıyordu.

Bu içerikte; Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Bilkent'teki Atatürk Araştırma ve Eğitim Hastanesi, Ankara Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Hematoloji Araştırma ve Eğitim Hastanesi, Dışkapı'daki Ankara Çocuk Sağlığı Onkolojisi, Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı ve Çocuk Hastanesi, Bilkent Şehir Hastanesi'ndeki Çocuk ve Tıp Hastanesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi de dâhil olmak üzere 6 hastanenin taşınmasıyla bir araya toplanmasıyla kurulmuştur. Aynen Mersin Şehir Hastanesi gibi Ankara'nın diğer semtlerine çok uzak olması nedeniyle hastalar ve yakınları trafik sorunu yaşamak zorunda kalmaktadırlar. Bu hastanenin hizmetlerinden faydalabarak tedavi görmek zor ve bu yüzden beğenmediklerini söylüyorlar. Ayrıca hastalar, servisler arası mesafe nedeniyle hastane içinde ve hastane dışından muayene olacakları poliklinikler veya hasta ziyareti için geldiklerinde bölümleri zor bulduklarını bildirmişlerdir (Şehir Hastaneleri 2011).

3.3.2. Türkiye'de Kamu-Özel İşbirliği İle Yapılan Şehir Hastaneleri

Sağlık Bakanlığı, kamu-özel ortaklığı modeli ile 2017 yılı dahil olmak üzere Merkezi Yönetim bünyesinde toplam 32 şehir hastanesi kurmayı planlamıştır. Bu hastaneler tamamlandığında hedef bu önceki bazı hastanelerin kapatılarak 2023 yılına kadar faaliyete geçmesidir. Bu hastaneler tamamlandığında kapalı alan 14 milyon 159 bin m2 olup yatak kapasitesi 42.199 hastadır (Demircan 2017: 6).

Mersin Şehir Hastanesi, Akdeniz bölgesinde yer almakta olup, ülkemizde Sağlık Bakanlığı Sağlık Genel Müdürlüğü tarafından yatırımı yapılan ve yaptırılan ilk şehir hastanesidir. Mersin Şehir Hastanesi'nin ardından Yozgat, Isparta, Adana, Kayseri, Elazığ, Eskişehir ve Manisa gibi şehir hastaneleri takip ediyor. 2017 yılında 1.294 yataklı Mersin Şehir Hastanesi'nin açılmasının ardından 475 yataklı Yozgat Şehir Hastanesi hizmete girdi. 2017 yılında 755 yataklı Isparta şehir hastanesi ve 1.550

yataklı Adana şehir hastanesinin açılmasıyla birlikte toplam 4.074 yatak kapasiteli dört şehir hastanesi faaliyete geçmiştir.

2018, Kayseri Belediye Hastanesi (1.607 yatak), Elazığ Fethi Sekin Belediye Hastanesi (Doğu Anadolu Bölgesi 1038 yatak), Eskişehir Belediye Hastanesi (İç Anadolu Bölgesi 1081 yatak), Manisa Belediye Hastanesi (Ege Bölgesi 558 yatak) ile 4.284 yatak kapasiteli dört belediye hastanesi faaliyete geçmiştir. 2017 ve 2018 yıllarında 8.358 yatak kapasiteli sekiz belediye hastanesi açılarak iki yıl içinde sağlık sektörüne devredilmiştir (Sağlık2019). Bilkent Belediye Hastanesi dünyanın üçüncü büyük hastanesi olarak açıldı. Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dışkapı'daki Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hematoloji Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi, Ankara Yüksek Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı ve Çocuk Hastanesi, Bilkent Şehir Hastanesi'ne taşınarak oluşturulmuştur (Bilkent Şehir Hastanesi 2019).

Ankara Bilkent Belediye Hastanesi, Çankaya ilçesi Bilkent semtinde 180 dekarlık bir alana inşa edildi. Hastanede 82 VIP (Çok Önemli Kişiler) odası, 904 poliklinik bölümü, 131 ameliyathane, 1.554 tek kişilik oda, 725 çift kişilik oda ve 700 yoğun bakım ünitesi olmak üzere toplam 3.704 yatak bulunmaktadır. Diyaliz kliniği 38 yataklıdır. Hastane tam kapasite ile çalıştığında günde 30.000 hastaya hizmet verebilmekte ve acil servise gitmesi gerekebilecek 8.000 hastaya hizmet verebilmektedir. Pediatri, fizyoterapi ve rehabilitasyon, kadın hastalıkları, ortopedi, onkoloji, yüksek güvenilirli adli psikiyatri, kardiyovasküler cerrahi, nöro-hastaneler ve hastanelerin diğer genel bölümleri bulunmaktadır. Bilkent Belediye Hastanesi, Türkiye'deki dokuz Belediye Hastanesinin en büyüğüdür. Ayrıca Bilkent hastanesinde tıbbi gözlem kliniği görevi gören 100 yataklı bir otel ve ambulans helikopterlerinin iniş için iki adet helikopter pisti bulunuyor. Hastanede yaklaşık 2.700 akademisyen, doktor, cerrah, 6.300 sağlık uzmanı ve 4.000 yönetim ve destek personeli bulunmaktadır. (<https://tr.wikipedia.org>).

Tablo 5: Bilkent Şehir Hastanesinin Bölümleri

Hastane Bölümleri	Yatak Sayısı
Ana hastane	66
Genel hastane	562

Kalp ve damar hastalıkları hastanesi	441
Nöroloji ve ortopedi hastanesi	506
Çocuk hastanesi	599
Kadın doğum hastanesi	542
Onkoloji hastanesi	588
Fizik tedavi ve rehabilitasyon hastanesi	300
Yüksek güvenlikli adli psikiyatri hastanesi	100
Toplam	3.704

Kaynak: https://tr.wikipedia.org/wiki/Ankara_%C5%9Eehir_Hastanesi, E.T. 4 Aralık 2020.

18 Eylül 2013 tarihinde temeli atılan Bilkent Şehir Hastanesi, 890 milyon € maliyetle sekiz yerli ve yabancı banka tarafından finanse edildi ve 2015 yılında inşaatına başlandı. Hastanenin bölümleri Kamu-Özel İşbirliği ile inşa edilen hastane (KÖİ), Ekim 2018 tarihinden itibaren faaliyette olup hasta kabulüne başlamıştır. 1 Mart 2019 tarihinde devlet tarafından resmi açılışı yapılarak kamuoyuna sunulmuştur. 2019 yılı Şubat, Mart, Nisan ve Mayıs aylarında kapatılan Ankara Atatürk Araştırma ve Eğitim Hastanesi, Yüksek İhtisas Türkiye Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Ankara Numune Hastanesi, tıbbi malzeme ve tüm personel Ankara Bilkent Şehir Hastanesi'ne nakledilerek tam kapasite hizmete açıldı. Aşağıdaki tablo, 18 ilde faaliyete geçen veya açılması planlanan ancak proje çalışmaları devam eden hastanelerin listesi ve yatak kapasitelerini göstermektedir. Bu liste Sağlık Bakanlığı Yatırım Genel Müdürlüğü'nün internet sitesinden alınmıştır.

Tablo 6: Hizmete Açılan Ve Projesi Devam Eden Şehir Hastaneleri Listesi

PROJE ADI	Yatak Kapasitesi	Hedeflenen Bitim Tarihi
Adana Şehir Hastanesi	1.550	HİZMETE GİRDİ
Mersin Şehir Hastanesi	1.294	HİZMETE GİRDİ
Isparta Şehir Hastanesi	755	HİZMETE GİRDİ
Yozgat Şehir Hastanesi	475	HİZMETE GİRDİ
Kayseri Şehir Hastanesi	1.607	HİZMETE GİRDİ
Manisa Şehir Hastanesi	558	HİZMETE GİRDİ
Elazığ Şehir Hastanesi	1.038	HİZMETE GİRDİ
Ankara Bilkent Şehir Hastanesi	3.711	HİZMETE GİRDİ
Eskişehir Şehir Hastanesi	1.081	HİZMETE GİRDİ
Bursa Şehir Hastanesi	1.355	HİZMETE GİRDİ
İstanbul Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi	2.682	HİZMETE GİRDİ
Konya Karatay Şehir Hastanesi	838 (1.250 Kapasiteli)	HİZMETE GİRDİ
Tekirdağ Şehir Hastanesi	480	HİZMETE GİRDİ
Kocaeli Şehir Hastanesi	1.210	2021
Kütahya Şehir Hastanesi	610	2021
Ankara Etlik Şehir Hastanesi	3.624	2021
Gaziantep Şehir Hastanesi	1.875	2021
İzmir Bayraklı Şehir Hastanesi	2.060	2021

Kaynak: <https://sygm.saglik.gov.tr/TR,33960/sehir-hastaneleri.html>,
E.T. 4 Aralık 2020.

Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Bonds and Loans Turkey Awards tarafından "2015'te aday gösterilen 100 sağlık kuruluşu arasından En İyi Altyapı Finansmanı Ödülü"ne layık görüldü. ve aynı yıl "Yılın En İyi Proje Finansmanı" ve "En İyi Ortak Kredi Sendikasyonu" ikinciliği "kazandı. Sonuç olarak Ankara Bilkent Şehir Hastanesi aday olduğu 3 dalda ödüle layık görüldü. Hastane, Orta Doğu ve Afrika kategorisinde Project Finance International (PFI Awards) tarafından "Yılın Fırsatı" ödülünü kazandı. Ayrıca 2015 yılında "EMEA Finans Proje Finansmanı Ödülü" kategorisinde Avrupa'da "Orta ve Doğu Avrupa'nın En İyi Sağlık Hizmeti Anlaşması ve En İyi Sosyal Kalkınma Anlaşması", Avrupa, Orta Doğu ve Afrika ve "En İyi Sosyal Kalkınma Anlaşması" ödüllerini almıştır. 2016'da "Partner Award" çerçevesinde" En

"İyi Sağlık Projesi Gümüş Ödül" ve yine 2016'da World Finance ödülleri kapsamında "Yılın Sağlık Hizmetleri Sözleşmesi"ne değer bulundu.

3.3.3. Şehir Hastanelerinin Genel Avantajları

Şehir hastaneleri yeni akıllı binalar ve teknoloji olarak inşa edildiğinden birçok avantaj bulunabilir. Modern tıbbı uygun olarak tasarlanmış odalar, deprem anında hizmetin kesintiye uğramaması için depreme dayanıklı izolasyon ekipmanları, spor merkezleri ve gündüz bakım evleri hasta ve yakınları, çalışanları için uygun olduğunu kanıtlamaktadır. Ekonomik avantajları koruyucu sağlık hizmetlerine daha fazla kaynak ayırması, medikal turizm politika ve hedeflerine uyum sağlaması, bakım ve onarım zamanını kaybetmemesi, kamu borcunu azaltması ve teknoloji ve bilgi transferini yakından takip etmesidir. Ülkede birinci sınıf ameliyatların yaygınlaşması, doktor ve sağlık personelinin eğitim kalitesinin artması, standart hastane yatak talebinin karşılanması ve hastane enfeksiyonlarını da azaltması bir avantaj olarak görülüyor. Ayrıca konforlu bir çalışma alanı oluşturma, çevre dostu hastane yapısı, sözleşme süresi sonunda ücretsiz bina transferi gibi avantajlar da bulunmaktadır. Ülkemizde tıbbi hizmet sunumunun kapasitesi ve özellikleri incelendiğinde Şehir Hastanesi modelinin tercih edilme nedenleri aşağıda belirtilmiştir.

Tablo 7: Şehir Hastanelerinin Genel Avantajları

Yapısal Avantajlar	Ekonomik Avantajlar	Tıbbi Avantajlar	Diğer Avantajlar
Yeşil Hastane Sistemleri-Trijenerasyon Sistemleri	Sağlık Turizmi Gelirlerine Olumlu Etkileri	Tedavi Çeşitlerini Ülke Geneline yayması	Çalışanlar İçin Ergonomik ve Konforlu Çalışma Ortamını Sağlaması
Gri Su Sistemleri	Kamu Arazilerinin değerlendirilmiş Olması	Hizmet kalitesinin Artması	Çalışanların İş Güvenliğinin sağlanması ve Memnuniyetin Artırılması
Deprem İzolatörleri	Bakım ve Onarım Maliyetlerinin Ekonomik Transferi	Etkin Sağlık Hizmeti Sunumunu Sağlaması	İşgücü ve Hizmet Kalitesini Artırmak
Yatak Başına kapalı Alan Oranı İle Dünya Standartları	Kamu Borç Stokunun Azalması ve Böylece Koruyucu Sağlık Hizmetlerine Daha Fazla Kaynak Aktarılması	Yeterli sayıda Nitelikli yatak sağlanması	25 Yıl Sonunda Yatırımın Bedelsiz Olarak Devredilmesi
Tüm Hastanelerde Kapalı Otopark	Hasta Yatış Sürelerini Kısaltması	Teşhis ve Tedavide Yeni Konsept ve Teknolojilerin Kullanılması	Çevreci Hastaneler Olması
Yürüyen bantlı Koridor ve Merdivenler	Hastane Enfeksiyonlarını Azaltmak ve İlgili Maliyeti Düşürmek	Tedavi Hizmetlerinin Hızla Vatandaşın Kullanımına Sunulması	Çağa Uygun İşletme Standartları
Spor merkezleri	Teknolojik Uygulamaların Maliyetini Düşürmek	Hasta ve Yakınları Üzerinde Psikolojik Açıdan Olumlu Etkilerinin Olması	
Kreş ve Gündüz Bakımevleri		Hastane Enfeksiyonlarının Azaltılması	
		Tıbbi İnovatif Yaklaşımlara Ulaşım	
		Hastaların Nitelikli Oda Kullanmaları	

Kaynak: Adulvahap Doğan ve Recep Aydın, Mersin Şehir Hastanesi Sağlık ve Medya İletişimi Sempozyumu, İzmir Kuzey Kamu Hastaneleri Birliği, 17-18.05.2017, İzmir.
<https://slideplayer.biz.tr/slide/12539470/>, E.T. 21 Ocak 2021.

3.3.3.1. Mersin Şehir Hastanesi

Resim 2: Mersin Şehir Hastanesinden Bir Görünüm



Kaynak: <https://mersinsehir.saglik.gov.tr/TR,73211/tarihce.html>, E.T. 23 Aralık 2020.

Türkiye'nin ilk belediye hastanesi olan Mersin Şehir Hastanesi 3 yılda tamamlanarak 3 Şubat 2017'de hizmete açıldı. Hastane, toplam 370.000m2 kapalı alan, 1.300 yatak kapasiteli 230 poliklinikte günlük 12.000 ayakta hastaya hizmet vermektedir. Hastanede yaklaşık 5 bin sağlık personeli çalışmaktadır. Hastanede 30 yataklı diyaliz makinesi ve 50 yataklı kemoterapi merkezi bulunmaktadır. Ayrıca 51 ameliyathane ve 210 yataklı yoğun bakım ünitesi ile çeşitli branşlarda hizmet veren Mersin Şehir Hastanesi, MRTCTPET CT Gama Kamera - Anjiyo Spekt Mamografi, Ultrason, Kemik Dansimetresi - Linak - Brakiterapi - Dijital Patoloji dallarda hizmet veren hastanenin 3.858 araç kapasiteli ücretsiz açık ve kapalı otoparkı mevcuttur..

3.3.3.2. Isparta Şehir Hastanesi

Resim 3: Isparta Şehir Hastanesinden Bir Görünüm



Kaynak: <https://sygm.saglik.gov.tr/TR,33978/isparta-sehir-hastanesi.html>,
E. T. 23 Aralık 2020.

Isparta Belediye Hastanesi, Türkiye'nin üçüncü belediye hastanesi olarak 24 Mart 2017'de hizmete açıldı. Yatak sayısı: 755, tek kişilik oda 324, çift kişilik oda 150, poliklinik 167, ameliyathane 20, yoğun bakım yatağı 166'dır. Hastane güneş enerji panelleriyle elektrik tüketiminin yüzde otuz beşini üretiyor. Isparta hastanesinde Anne Otel uygulaması, bebekli annelerin yoğun bakım ünitesinde ağırlanması için gerçekleştirilmiştir.

3.3.3.3. Adana Şehir Hastanesi

Resim 4: Adana Şehir Hastanesinden Bir Görünüm



Kaynak: <https://www.sabah.com.tr/>, <http://rsy.com.tr/proje/adana-sehir-hastanesi/>,
E. T. 23 Aralık 2020.

Türkiye'nin güneyinde Adana ili Yüreğir ilçesinde, Sağlık Bakanlığı tarafından kamu-özel ortaklığı modeliyle toplam 318.500 m2 alan üzerine inşa edilen Adana Şehir Hastanesi, 1.300 yatak kapasiteli genel hastane, 150 yatak kapasiteli Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Hastanesi ve 100 yatak kapasiteli Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri Hastaneleri ile Adana ve çevre ilçelere hizmet vermektedir. Ana hastane binası çevresinde, 18 yataklı onkoloji hastanesi, 347 yataklı Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi, 582 yataklı Genel Hastane, 100 Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri Hastanesi, 150 Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon fonksiyonu, 187 yataklı Kardiyoloji ve Kardiyovasküler Hastanesi ile 4 blok içerir. Hastanenin ana binasında barındırdığı 1.512 sismik izolatör ile " Dünyanın En Büyük Sismik İzolatörlü Hastanesi " ünvanına sahip olan Adana Şehir Hastanesi, en şiddetli depremlerde ve sonrasında bile operasyonları kesintisiz yapabilme teknolojisine sahiptir.

3.3.3.4. Yozgat Şehir Hastanesi

Resim 5: Yozgat Şehir Hastanesinden Bir Görünüm



Kaynak: <https://ronesans.com/proje/yozyat-sehir-hastanesi/>, E. T. 23 Aralık 2020.

Kamu-özel ortaklığı modeliyle 18 ayda tamamlanan ve 12 Ocak 2017'de şehrin ilk hastanesi olarak hizmete açılan Yozgat Belediye Hastanesi, Yozgat'ın merkez ilçesinde toplam 142.000 metrekarelik alana inşa edildi. 475 yatak kapasitesi ile Yozgat ve çevre illere hizmet sunan hastane; Yoğun bakım üniteleri, akut yenidoğan yoğun bakım üniteleri, anjiyografi üniteleri, nükleer tıp üniteleri, radyoloji üniteleri, kemoterapi üniteleri, fizyoterapi merkezi ve genel hastaneler ile hizmet vermektedir. Türkiye'nin LEED GOLD sertifikasına sahip ilk hastanesidir.

3.3.3.5. Kayseri Şehir Hastanesi

Resim 6: Kayseri Şehir Hastanesinden Bir Görünüm



Kaynak: <https://sygm.saglik.gov.tr/TR,33980/kayseri-sehir-hastanesi.html>,
E.T. 23 Aralık 2020. <http://ydasaglik.com.tr/projelerimiz/kayseri-sehir-hastanesi/>,
E. T. 23 Aralık 2020.

Türkiye'nin en büyük belediye hastanelerinden biri olan Kayseri Belediye Hastanesi, 1607 yatak ve toplam 415 milyon euro yatırımla 5 Mayıs 2018'de açıldı. 281.480 m² açık alan ve 466.379 m² kapalı alan üzerine inşa edilen hastanede 500 yataklı genel hastane, 200 yataklı fizik tedavi, 100 yataklı yüksek güvenlikli adli psikiyatri yatağı ve 273 yataklı kadın hastalıkları ve çocuk hastanesi bulunmaktadır. 120 psikiyatri yatağı, 414 kardiyovasküler hastane yatağı, 413 poliklinik odası. Yenidoğan yoğun bakım, pediatrik yoğun bakım, yetişkin yoğun bakım, kritik yanık bakımı ve KVC kritik bakımı dâhil olmak üzere toplam 253 yoğun bakım ünitesi ile toplam 1.607 yatak ve 43 ameliyat masası bulunan bir hastanedir. Kayseri Belediye Hastanesi; Kampüsün 3200 araçlık kapalı otoparkı, 200 araçlık açık otoparkı ve helikopter pisti bulunmaktadır. Hastanede 20 yataklı, 10 yetişkin ve 10 çocuklu bir kemik iliği nakli merkezi (KIT) bulunmaktadır. Modern ve ferah yapısı, tek ve çift kişilik sıhhi tesisleri, geniş odaları, temiz ve ferah sosyal alanı ile Kayseri Belediye Hastanesi, hem çalışanlara hem de hastalara en yüksek standartlarda hizmet vermek üzere hayata geçirilmiş bir projedir. Spor merkezi, kafe ve restoranları, kütüphane, çocuk oyun alanları, konferans salonları, kapalı havuzu, gibi ticari ve sosyal alanları ile çalışanlarına da iş hayatında sosyal hayatın konforunu sağlamaya dönük bir hastane olarak planlanmıştır.

3.3.3.6. Manisa Şehir Hastanesi

Resim 7: Manisa Şehir Hastanesinden Bir Görünüm



Kaynak: <http://ydasaglik.com.tr/projelerimiz/manisa-sehir-hastanesi/>, E. T. 23 Aralık 2020.

Manisa Şehir Hastanesi proje alanı 179.559 m² olup, 178.000 m² müstakil alana sahip 558 yataklı bir şehir hastanesidir ve tüm branşları içermektedir. 30 Ekim 2018'de hizmete giren Manisa Şehir Hastanesi; Toplam yatırım değeri 235 milyon Euro'dur. Manisa Şehir Hastanesi'nde; Acil hastaları taşımak için helikopter pisti, 145 poliklinik, 122 yoğun bakım yatağı, 16 fizik tedavi ve rehabilitasyon yatağı, 19 ameliyathane, 22 tek kişilik oda ve 96 iki kişilik oda bulunmaktadır. 1460 araç kapasiteli otoparkı, beş yıldızlı otel konforunda tasarlanmış modern mimarisi ve akıllı bina özelliklerine sahip Manisa Şehir Hastanesi'nde hasta ve yakınları, alanında uzman sağlık profesyonellerinin hizmetinden faydalanmaktadırlar.

3.3.3.7. Elazığ Şehir Hastanesi

Resim 8: Elazığ Şehir Hastanesinden Bir Görünüm



Kaynak: <https://www.aa.com.tr/tr/saglik/elazig-fethi-sekin-sehir-hastanesi-bolgedeki-hastalara-sifa-dagitiyor-/1798209>, E. T. 23 Aralık 2020.

Türkiye'de devlet hastanesi hizmetlerinde yeni bir dönemin başlaması için altıncı belediye hastanesi olarak hizmet vermeye başlayan Elazığ Fethi Sekin Belediye Hastanesi, 4.000'e yakın çalışanı ve günde ortalama 6.000 poliklinik ile klinik ve acil servis hizmeti vermektedir. Adını şehit polis memuru Fethi Sekin'den alan 355.752 metrekare kapalı alana sahip hastane, beş yıldızlı bir hastanenin konforu, son teknoloji tıbbi ekipman ve operasyonları ile bölge halkına sağlık olanağı sunuyor. 524 yataklı genel hastane, 300 yataklı kadın ve çocuk hastanesi, 64 yataklı psikiyatri hastanesi, 100 yataklı yüksek güvenli adli psikiyatri hastanesi ve 50 yataklı mahkum psikiyatri hastanesi bulunmaktadır. Ayrıca 227 poliklinik, 39 ameliyathane, 26 hemodiyaliz ünitesi, 160 yataklı yoğun bakım odası, acil servis, 334 tek kişilik oda ve 169 çift kişilik oda, 1038 yataklı genetik hastalık hastanesi, radyasyon tedavisi, yanık bölümü, organ nakli, Tüp bebek, iyot tedavisi radyasyon onkolojisi, alternatif tıp, nükleer tıp, palyatif tıp gibi çeşitli uzmanlaşmış tıbbi bölümlerde tedavi yapılmaktadır. Elazığ Fethi Sekin Belediye Hastanesi'ne son teknoloji üç yollu sarkaçlı sismik izolatör takılmış ve dünya çapında konuşlandırılmış, merkez üssü Sivrice bölgesinde olan 24 Ocak 2020'de meydana gelen 6.8 büyüklüğündeki depremde elektrik akımından zarar görmemiştir. Su, doğalgaz ve medikal gaz konusunda kesintisiz sağlık hizmeti vererek depremedelere güven verilmiştir.

3.3.3.8. Ankara Bilkent Şehir Hastanesi

Resim 9: Bilkent Şehir Hastanesinden Bir Görünüm



Kaynak: <https://www.medikalakademi.com.tr/hastane/ankara-bilkent-sehir-hastanesi-randevu-iletisim-ve-konum>, E. T.: 23 Aralık 2020.

Avrupa'nın en büyük, dünyanın ise üçüncü büyük hastanesi olan ve yap-işlet-devret modeliyle kamu-özel işbirliği modeliyle inşa edilen Ankara Bilkent Şehir Hastanesi 2019 Şubatında törenle hizmete açıldı. Ankara Şehir Hastanesi, her biri

kendi alanında uzmanlaşmış hastanelerden oluşan, tıp kampüsü olan bir alanda faaliyet gösteren ve alanında faaliyet gösteren dünyadaki sayılı tıp merkezlerinden biridir ve 8 ayrı kapalı 1 milyon 312 bin metrekare alanlı hastaneden oluşmaktadır. Genel Hastanenin yanı sıra Kalp ve Damar Hastalıkları Hastanesi, Sinirbilim ve Ortopedi Hastanesi, Onkoloji Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon ile Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri Hastanesi bulunmaktadır. Toplam 3.704 nitelikli yatağa sahiptir. Ayrıca 674 yoğun bakım yatağı ve her seviyedeki yoğun bakım hastalarını barındırabilecek altyapı mevcuttur.

3.3.3.9. Eskişehir Şehir Hastanesi

Resim 10: Eskişehir Şehir Hastanesinden Bir Görünüm



Kaynak: <https://sygm.saglik.gov.tr/TR,33984/eskisehir-sehir-hastanesi.html>, E. T. 23 Aralık 2020. <https://www.aa.com.tr/tr/turkiye/eskisehir-ve-manisa-sehir-hastaneleri-hizmetegiriyor/1294089>, E. T. 23 Aralık 2020.

Eskişehir Belediye Hastanesi Ekim 2018'de açıldı. 1081 yataklı hastanede 254 poliklinik, 443 tek kişilik oda ve her branşta 193 çift kişilik oda bulunmaktadır. 38 ameliyathane ve 209 yoğun bakım ünitesi bulunmaktadır. Eskişehir Belediye Hastanesi'nde 24 yataklı diyaliz ünitesi ve 13 yataklı kemoterapi ünitesinin yanı sıra anjiyo ünitesi, nükleer tıp merkezi ve Kalp Damar Cerrahisi, Perinatal Merkez, Taş Kırma Ünitesi, Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıbbi Bakım Merkezi, Obezite Merkezi, Uyku Laboratuvarı ve Robotik İlaç Hazırlama Merkezinde özellikli hizmet verilmektedir. Ayrıca şehir hastanesinde hastanelere ve doktorlara yönelik kaygılarını yenmek için hastanelere ve muayenelere gelen çocuklar için gündüz bakımevi ve 1100 metrekarelik alanda 70 çocuğun oynayabileceği bir anaokulu bulunuyor. Yanı sıra

anaokullarında çocukların yaşlarına uygun oyun alanları ve özel güvenlik önlemleri bulunmaktadır. Tüm kapılar kart sistemi ile çalışmaktadır.

3.3.3.10. Bursa Şehir Hastanesi

Resim11: Bursa Şehir Hastanesinden Bir Görünüm



Kaynak: <https://www.aa.com.tr/tr/turkiye/bursa-sehir-hastanesinin-resmi-acilisi-yapildi/1549460>, E. T. 23 Aralık 2020.

1.355 yataklı Bursa Şehir Hastanesi, Bursa ili Nilüfer ilçesi Doğanköy'de 6 milyon kişiye hizmet veren 745.365 metrekare alan üzerine kurulu Türkiye'nin 10. şehir hastanesi olup 5/8/2019 tarihinde faaliyete başlamıştır. Bursa Şehir Hastanesi'nde Genel Hastane, Onkoloji Hastanesi, Kadın ve Çocuk Hastanesi, Kardiyoloji Hastanesi, Fizyoterapi Hastanesi Tedavi ve Rehabilitasyon (FTR) ve Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri (YGAP) olmak üzere 6 farklı hastane olmak üzere toplam 1355 yatak kapasiteli 403 poliklinik, 49 ameliyathane, 217 yataklı yetişkin ve çocuk acil resüsitasyon departmanı ve günde 2.110 acil hastayı tedavi edebilecek kapasitededir. Toplam 36.200 hastaya hizmet vermesi beklenen kompleks içinde yer alan FTR hastanesi, 200 yatak kapasitesiyle Türkiye'nin en büyük hastanesi olma özelliğini taşıyor. Genel Hastane 308 yatak, Doğum ve Çocuk Hastanesi 222 yatak, Kalp ve Damar Hastanesi 271 yatak, Kanser Hastanesi 254 yatak, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon (FTR) Hastanesi 200 yatak ve Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri Hastanesi (YGAP) ise 100 adet hastane yatağı bulunmaktadır.

3.3.3.11. İstanbul Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi

Resim 12: Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesinden Bir Görünüm



Kaynak: <https://ronesans.com/proje/istanbul-basaksehir-sehir-hastanesi/>, E. T. 23 Aralık 2020.
<https://www.saglik.gov.tr/TR,65638/basaksehir-cam-ve-sakura-sehir-hastanesi-hizmete-acildi.html>, E. T. 23 Aralık 2020.

Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi projesi, İstanbul ve çevre illere hizmet veren, Sağlık Bakanlığı'nın kamu-özel ortaklığı modeliyle hayata geçirdiği Türkiye'nin 3. büyük tıbbi yatırım projesidir. 21 Mayıs 2020'de tamamlanarak hizmete giren proje 23.600 hastaya hizmet verebilir durumdadır. 2.682 hastane yatak kapasitesi ve 1.000.000 metrekare kapalı inşaat alanına sahip şehir hastanesi Başakşehir Çam ve Sakura, "Dünyanın En Büyük Sismik İzolatörlü Binası " unvanına sahiptir. Hastanenin ana binasına yerleştirilen 2.040 sismik izolatör ile şiddetli bir depremde bile hastane tüm faaliyetlerini kesintisiz olarak sürdürmeye devam edecektir. Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi'nde 2.354 yatak kapasiteli Ana Hastane, 200 yatak kapasiteli Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi ve 128 yatak kapasiteli Psikiyatri Hastanesi bulunmaktadır. 469 yataklı genel hastane, 327 yataklı kalp damar hastanesi, 311 yataklı ortopedik ve nörolojik travma hastanesi, 521 yataklı çocuk hastanesi, 359 yataklı kadın hastanesi, 367 yatak kapasiteli Onkoloji Hastanesi olmak üzere ana hastanenin etrafına inşa edilen 6 blok bulunmaktadır. Rönesans Healthcare Investment'ın Sojitz Japan ortaklığıyla Avrupa'da hayata geçirdiği Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, 163 milyar JPY finansal kapanışla dünyanın en prestijli şirketlerinden Thomson Reuters Uluslararası Proje Finansman Ödülleri (PFI Uluslararası Proje Finansman Ödülleri) kapsamında Avrupa'da "Yılın Kamu Özel Ortaklığı (PPP)" seçilmiştir. Uluslararası inşaat sektörü dergisi ENR tarafından 1917'den beri sekizincisi düzenlenen 6 kıtada 21 farklı ülkenin

değerlendirildiği ve Türkiye'de yürütülen projelerin de yer aldığı "Global Best Projects" yarışmasının "Sağlık Hizmetleri" kategorisinde Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi başarı belgesi almıştır.

3.3.3.12. Tekirdağ Şehir Hastanesi

Resim 13: Tekirdağ Hastanesinden Bir görünüm



Kaynak: <https://www.aa.com.tr/tr/saglik/tekirdag-sehir-hastanesi-yarin-aciliyor-/2041150>, E. T. 26 Aralık 2020. <https://www.alternatifyatirim.com.tr/piyasa-analizler/haberler/tekirdag-sehir-hastanesi-hizmete-girmek-icin-gun-sayiyor-basin-aciklamasi-10.09.2020-18-17-46-1037360>, E. T. 26 Aralık 2020.

Tekirdağ Şehir Hastanesi, 1 milyar 500.000 TL yatırımla 158.000 m2 alan üzerine inşa edilerek 13 Kasım 2020'de hizmete girdi. 566 yataklı hastanede 12 poliklinik, 18 ameliyathane ve 102 yetişkin yoğun bakım yatağı bulunuyor. Yenidoğan yoğun bakım yatak sayısı 27, çocuk yoğun bakım yatak sayısı 16, psikiyatri hastanesi yatak kapasitesi 24 ve palyatif bakım yatak kapasitesi 22'dir. Ayrıca sağlık personeli, 700 servis personeli ile hizmet vermektedir. Hastanede 651 adet sismik izolatör ve depreme duyarlı sensör, hastane hizmetlerinin kesintisiz olarak devam etmesini sağlıyor. Akıllı bina konsepti, güneş enerjisi ve sıcak su ile inşa edilen hastane kampüsünde, çocuklar için 2 adet açık hava oyun alanı bulunuyor. Tekirdağ Şehir Hastanesi'nde 105 araçlık açık, 297 araçlık kapalı, toplam 1351 araçlık otoparkın yanı sıra 1 kilometrelik bisiklet parkuru, helikopter pisti ve vale park hizmeti vardır ve ücretsizdir.

3.3.3.13. Konya Karatay Şehir Hastanesi

Resim 14: Konya Karatay Şehir Hastanesinden Bir Görünüm (İnşaatı henüz tamamlanmamış)



Kaynak: <https://sygm.saglik.gov.tr/TR-33988/konya-karatay-sehir-hastanesi.html>, E. T. 23 Aralık 2020.

1250 yataklı, ileri teknik donanıma sahip, deneyimli sağlık kadrosu ile Konya Belediye Hastanesi (Kamu-Özel Ortaklığı) modelinde uygulanmıştır. İlk etapta Konya ve çevre ilçelere hizmet veren hastanenin 862 yataklı bölümü tamamlanarak hizmete açıldı. 421.566 metrekare kapalı alana sahip Konya Belediye Hastanesi'nde 2.923 araçlık kapalı ve 188 araçlık açık otoparkın yanı sıra ambulans helikopter pisti bulunuyor. Konya Belediye Hastanesi'nde toplam 1250 yatak mevcuttur. Bunlar arasında 256 yoğun bakım yatağı, 108 acil yatak ve 30 diyaliz yatağı bulunuyor. 380 poliklinik ve 49 ameliyathanesi bulunan hastanede 73 görüntüleme odası, 442 tek kişilik oda ve 272 çift yataklı oda ve 8 suit oda bulunuyor.

3.3.3.14. Kocaeli Şehir Hastanesi (İnşaatı henüz tamamlanmamış)

Resim 15: Kocaeli Şehir Hastanesi Hastanesinden Bir Görünüm (İnşaatı Henüz Tamamlanmamış)



Kaynak: <https://www.turkerler.com/proje/kocaeli-entegre-saglik-kampusu/78>, E. T. 26 Aralık 2020. <http://www.kohas.com.tr/>, E. T. 26 Aralık 2020.

20 Mayıs 2015 tarihinde kamu-özel ortaklığı (KÖİ) olarak başlayan Kocaeli Bütünleştirici Sağlık Tesisi, 388.585 m² müstakil alana ve 392 milyon ABD Doları yatırıma sahip olup, dünyanın en büyük şehir hastanelerinden biridir. Türkiye'de 1.218 yatak kapasiteli hastanelerinden olan Kocaeli hastanesi halkının hizmetine gecikmeli olarak açılacak. Hastanenin inşaatı mali nedenlerle ertelenmiş olsa da 2021 yılında tamamlanması ve faaliyete geçmesi bekleniyor. Proje, Avrupa İmar ve Kalkınma Bankası (EBRD), Kanada İhracat Konsorsiyumu (EDC) ve Yabancı Özel Yatırım Şirketi (OPIC) tarafından finanse ediliyor. Hastane inşaatının tamamı KÖİ bazında gerçekleştirilecek ve tüm mühendislik ve tıbbi ekipman yatırımları aynı şekilde karşılanacaktır. Hastane, faaliyete geçtikten sonra Sağlık Bakanlığı tarafından 25 yıllığına süreli olarak belirlenen radyoloji, radyasyon tedavisi, nükleer tıp, tıbbi laboratuvarlar, tıbbi atık, biyomedikal hizmetler, hastane sterilizasyon hizmetleri, bilgi yönetim sistemleri, teknik bakım ve onarım, hizmet alımı ve hasta desteği, yardım masası, yemek, temizlik, çamaşırhane, güvenlik, otopark gibi hizmetler ayrıca yüklenici tarafından sağlanacaktır. Hastanenin 2021 yılında hasta kabulüne başlaması ve 25 yıllık bir sürenin sonunda Sağlık Bakanlığı'na devredilmesi bekleniyor.

3.3.3.15. Kütahya Şehir Hastanesi (İnşaatı henüz tamamlanmamış)

Resim 16: Kütahya Şehir Hastanesi Hastanesinden Bir Görünüm (İnşaatı Henüz Tamamlanmamış)



Kaynak: <https://www.google.com/search?q=Kütahya+Şehir+Hastanesi+ne+zaman+Açılacak+Erişim+Tarihi:26+Aralık+2020>

21 Eylül 2017'de inşaatına başlanan Kütahya Belediye Hastanesi'nin inşaatı 510 yataklı genel hastane, 100 yataklı fizik tedavi ve rehabilitasyon hastanesi olmak üzere iki bölümden oluşmakta olup, toplam 150.000 metrekare alana sahiptir. Şehir

merkezine 10 kilometre uzaklıktaki Yoncalıda ki inşaat devam ediyor. Hastanede 159 tek kişilik oda, 136 çift kişilik oda, fizyoterapi / rehabilitasyon kliniğinde 32 tek kişilik oda ve 32 çift kişilik olarak düzenlenecektir. Genel hastanede her branştan 152 poliklinik, fizyoterapi ve rehabilitasyon alanında ise 20 poliklinik faaliyet göstermesi bekleniyor. Kütahya Belediye Hastanesi'nde 15 ameliyathane, 79 yoğun bakım ünitesi, 13 diyaliz odası ve 14 kemoterapi koltuğu bulunacak. 31 Aralık 2021'de hizmete açılması planlanan ve halen yapımı devam eden, maliyeti 538 milyon TL olan 610 yataklı belediye hastanesinin inşaat, elektrik, makine, sıhhi tesisat ve altyapı inşaatı sürmektedir.

3.3.3.16. Ankara Etlik Şehir Hastanesi (İnşaatı henüz tamamlanmamış)

Resim 17: Ankara Etlik Şehir Hastanesi Hastanesinden Bir Görünüm (İnşaatı henüz Tamamlanmamış)



Kaynak: <https://www.habersaglikcilar.com/ankara-etlik-sehir-hastanesi-ne-zaman-aciliyor.html>, E. T. 26 Aralık 2020.

<https://khgmsehirhastaneleridb.saglik.gov.tr/TR-48164/ankara-etlik-sehir-hastanesi.html>, E. T. 26 Aralık 2020.

Ankara Etlik Şehir Hastanesi projesi kapsamında 23 Ekim 2013 tarihinde Ankara'nın Keçiören ilçesi Etlik Mahallesi yakınında 1.071.885 m² arsa üzerinde yapılacak sağlık kompleksi kapsamında; sağlık oteli, bir üniversite, elektrik, ısıtma ve holografik bir enerji santrali, birleşik nesil soğutma enerjisi üretimi, iki helikopter pisti ve bir ticari merkez olacak. Hastane faaliyete geçtiğinde Ankara'nın farklı semtlerinde 6 hastane sağlık hizmeti veren Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dr. Sami Ulus Kadın Doğum ve Çocuk Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Etlik Zübeyde Hanım Kadın

Hastalıkları Araştırma ve Eğitim Hastanesi, Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Araştırma ve Eğitim Hastanesi, Ulus Devlet Hastanesi (Ulus Devlet Pursaklar Hastanesi'ne taşınmayı planlıyor), Ulucanlar Göz Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ankara Etlik Şehir Hastanesi'ne taşınarak burada hizmet vermeye devam edecek. İnşaat aşamasının 2 ay sürmesi beklenen projenin 25 yıllık işletme ömrü sonunda yerleşke Sağlık Bakanlığı'na teslim edilecek. Hastane 9 ana branşta, Sinirbilim Hastanesi , Çocuk Hastanesi, Kalp ve Damar Hastanesi, Onkoloji Hastanesi, Kadın Hastalıkları, Psikiyatri, Ortopedi ve Rehabilitasyon Hastanesi ve toplam 3577 yatak kapasiteli bir genel hastane olan Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri Hastanesi'nde hizmet verecek. Yerleşke; Sağlık bilimleri üniversitesi, kongre merkezleri ve alışveriş merkezleri, yüksek teknoloji merkezleri ve Ar-Ge merkezleri burada yer alacak. Avrupa'da ve dünyada hazırlanacak en son ve en büyük hastane projesi olarak 2021 yılı sonunda faaliyete geçmesi beklenen projede hastane bodrum katlarda müstakil otoparklı olarak konumlanıyor.

3.3.3.17. Gaziantep Şehir Hastanesi (İnşaatı Henüz Tamamlanmamış)

Resim 18: Gaziantep Şehir Hastanesi Hastanesinden Bir Görünüm



Kaynak: <https://www.aa.com.tr/tr/turkiye/gaziantep-sehir-hastanesine-2020de-kavusacak/1179653>, E.T. 26 Aralık 2020.

Sağlık Bakanlığı Sağlık ve Yatırım Genel Müdürlüğü'nden yapılan açıklamaya göre, Gaziantep Belediye Hastanesi kamu ve özel sektör iş birliğiyle 636 yataklı genel dâhiliye, 205 yataklı kalp ve damar cerrahisi, 498 yataklı kadın hastalıkları ve doğum ve 150 yataklı fizik tedavi, 174 yataklı onkoloji, 100 yataklı yüksek güvenlik, adli psikiyatri hastanesi ve 112 yataklı psikiyatri hastanesinden oluşmakta olup, 1,5 yıl içinde faaliyete geçeceği duyurulmuştur.

3.3.3.18. İzmir Bayraklı Şehir Hastanesi (İnşaatı Henüz Tamamlanmamış)

Resim19: İzmir Bayraklı Şehir Hastanesi Hastanesinden Bir Görünüm (İnşaatı Henüz Tamamlanmamış)



Kaynak: <https://sygm.saglik.gov.tr/TR,33994/izmir-bayrakli-sehir-hastanesi.html>,
E.T. 6 Şubat 2021

Alsancak Nevvar Salih Şgören Devlet Hastanesi (NSİ) ve ardından Sağlık Bilimleri Üniversitesi (SBU) Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesinin yatan hasta servisi, 2021 yılında faaliyete geçmek üzere yapımı devam eden İzmir Bayraklı Belediye Hastanesi'ne taşındı. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi toplam 500 yataklı olması istenmiştir.

BÖLÜM IV

ANKARA BİLKENT ŞEHİR HASTANESİNDEN YARARLANAN HASTALARIN MEMNUNİYETİNE YÖNELİK BİR UYGULAMA

4.1. ÇALIŞMANIN KONUSU, AMACI VE ÖNEMİ

Bu çalışmada; Bilkent Şehir Hastanesinin hizmetlerinden faydalanan hasta ve hasta yakınlarının tatmin düzeylerini tespit etmek üzere bir anket yapılması amaçlanmaktadır. Teknolojinin gelişmesi sonucu fazlalaşan rekabet şartları, haberleşmede yaşanan hızlı gelişmeler, eğitim düzeyinin artması gibi birçok etken göz önüne alındığında her işletme için düşünülebileceği gibi, sağlık işletmelerinde de bu hizmeti alan hastaların beklenti ve isteklerini artırmış dolayısıyla verilecek hizmetin kalitesi açısından çağdaş bir sağlık hizmeti verilmesini zorunlu hale getirmiştir.

Hasta memnuniyeti, sunulan sağlıkta verilen hizmetlerin bir çıktısı ve kaliteli olarak sunulan hizmet kalitesinin bir göstergesidir ve ölçülmesi rekabet için faydalı ve lüzumludur. Poliklinik hastalarının aldıkları hizmetten memnuniyet düzeylerini belirlemek; Hizmet kalitesinin artırılması, hasta beklentilerine uygun daha kaliteli hizmet verilebilmesi için önemlidir.

Bu çalışmanın asıl amacı, hastane müşterilerinin memnuniyetini belirleyerek ve son yıllarda giderek artan belediye hastanelerinin sunduğu hizmetlerin nasıl verildiğini inceleyerek ayakta tedavi gören hastaların hissettikleri hizmet kalitesini ölçmektir. Hastalar ve aileleri, hangi kriterlerin hasta için önemli olduğunu ve hastanın demografik özelliklerinin sağlık hizmeti sunumu ile ilgili olup olmadığını saptamaktır.

Çalışmanın bu bölümünde Ankara Bilkent Şehir hastanesinden yararlanan hastaların sağlıkta hizmet pazarlamasında hasta memnuniyeti konusunda bir tespit yapmak, sağlık hizmetleri ve hastane konusunda oluşan sorunları belirledikten sonra bu konuda çözüm önerileri sunarak vatandaşların şikayetçi oldukları konuların yeniden gözden geçirilerek düzeltilmesi amaçlanmaktadır. Bu nedenle; hasta memnuniyeti konusunda oluşturulan sorulardan anket çalışması gerçekleştirilmiştir. Takip eden bölümlerde araştırmanın amacı ve önemi, örneklemin seçimi, kullanılan veri toplama araçları, araştırmanın sınırlılıkları, toplanan verilerin analizi ile elde edilen sonuçlar ve bunlar açıklanmaktadır.

Günümüzde teknolojinin gelişmesi rekabetin artması, iletişimde yaşanan hızlı gelişim, artan eğitim seviyesi gibi etkenler, sağlık işletmelerinin çalışmalarında hastaların beklenti ve isteklerini azami ölçüde karşılayabilmek için çok büyük çabalar sarf etmelerini gerektirmektedir. Sağlık hizmetlerinin merkezinde hastalar bulunmaktadır. Sağlık hizmetlerinden hasta memnuniyeti, bir sağlık kuruluşunun temel çıktılardan ve hizmet kalitesinin değerlendirilmesinde kullanılan temel kriterlerden biridir. Sağlık hizmetlerinde firmanın kalitesi, finansal büyüklüğü ve pazarlaması büyük önem taşımaktadır.

Tıbbi hizmetlerden hasta memnuniyeti; Hastaların sağlık hizmetlerinden aldıkları ya da bekledikleri faydaların, hastalığın olumlu seyrinin, hizmetten bekledikleri etkilerin, hizmet sunumunun sosyo-kültürel değerlere uygunluğunun bir fonksiyonu gibi görünse de aynı zamanda sağlık hizmetlerinin tasarımında ve yönetiminde önemli bir yere sahiptir.

Bu çalışmada, Bilkent Şehir Hastanesi'nden sağlık hizmeti alan hasta ve yakınları; 1 Ağustos 2021 ile 20 Ağustos 2021 tarihleri arasında uygulanan anket sorularına verdikleri cevaplar hastane hizmetlerinden memnuniyet düzeylerini belirlemektedir. Belirlenen memnuniyet düzeylerine göre ortaya çıkacak tablonun yorumlanarak, hastane için yapılacak iyileştirme eylemlerinin genel çerçevesinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

4.2. LİTERATÜR TARAMASI

Sağlıkta hizmet pazarlaması, şehir hastaneleri ve hasta memnuniyetiyle ilgili tezler, makaleler, dergiler ve internet kaynakları üzerinde yapılan araştırmalar sonucunda tesbit edilenler aşağıda ayrı başlıklar halinde ve özet olarak sunulmuştur.

4.2.1. Sağlık Hizmetleri Pazarlaması ve Şehir Hastaneleri İle İlgili Yapılan Tezler

Türk üniversitelerinde sağlıkta pazarlama ve belediye hastaneleri ile ilgili doktora ve yüksek lisans tezleri incelendiğinde Ulusal Tez Merkezi web sitesinden (<https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/>) alınan Sağlık Kurumları Yönetimi alt başlığı altında, yüksek lisans ve doktora tezi konuları hasta ve hasta yakınlarının memnuniyetini esas alarak belirlemek için tercih edilen sağlık kuruluşunun özelliklerinin araştırıldığı saptanmıştır.

2016 yılında İPEK DİLA ÖZ'ün Yüksek Lisans Tezi, "Sağlık Pazarlamasında İletişimin Satın Alma Kararlarına Etkisi"ne göre, iletişimin hastalar ve yakınları tarafından sağlık hizmeti seçimleri üzerindeki etkisini inceleyerek değişik kaynaklardan pazarlama araştırması süreçleri, özel ve kamu sağlık kuruluşu anketleri sonucu hasta tercihleri, ağızdan ağıza niteliği, süreci, özellikleri ve önemi, satın alma karar süreci ve ağızdan ağıza iletişim üzerindeki etkisi saptanmıştır. Sağlıkta iletişimde ağızdan ağıza sağlık hizmeti pazarlamasının tüketici satın alma kararları üzerindeki etkinliğini ölçmek için 176 form ile 26 soruluk bir çalışma yapılmıştır. Anket, sağlık hizmetleri pazarlaması iletişiminin tüketicilerin satın alma kararlarını etkilediği sonucuna varmıştır.

2018 yılında Özlem Bodur'un "Sağlık pazarlamasında müşteri memnuniyeti ve ağızdan ağıza pazarlamanın önemini belirlemeye yönelik bir araştırma" konulu yüksek lisans tezi, tüm sağlık kurumlarındaki sağlık hizmetleri pazarlamasında bir yeniliktir. Bu kurumlar daha fazla hastanın kendi hastanelerine gelmesini sağlamak ve muayene için gelen hastaları memnun ederek bu hastaların tekrar kendi hastanelerini tercih etmelerini istemektedirler. Kaliteli hizmet sunmak, hasta ve ailelerinin memnuniyeti bir tıp kurumunun en önemli hedefidir. Bu şekilde kalite ve müşteri memnuniyeti arttıkça, sağlık tesislerinde ağızdan ağıza tanıtım daha önemli olmaktadır.

Şeyda Tuncer tarafından 2017 yılında hastaneler hakkında "Sağlık hizmetlerinin pazarlanması ve hasta memnuniyeti: Konya'daki kamu ve özel hastane örnekleri" konulu Yüksek Lisans Tezinde, kalite anlayışından dolayı sağlık kuruluşları tarafından hizmet sunumunun kalitesi hasta memnuniyetine büyük ölçüde katkıda bulunmaktadır. Hastaların sağlık pazarlamasına ne kadar değer verdiğini sağlık sektörünün belirlediği hastane kalitesi açısından, özel ve kamu hastanelerinde tedavi gören 501 hasta ile doğrudan anket yoluyla bir anket yapılmıştır. 1-30 Temmuz 2016'dan beri Konya'da faaliyet gösteren hastanelerden memnuniyet düzeylerini belirlemek için rastgele hasta seçilmiştir. Alınan memnuniyet oranının, hastaların özel hastanede ödediklerinin karşılığını alamayacaklarını düşüncelerinden kaynaklandığı gözlemlenmiştir. Hasta memnuniyetini ölçmek ve değerlendirmek, hizmet kalitesini sağlamak ve hasta sürekliliğini sağlamak sağlık kuruluşları için kritik öneme sahiptir.

Dilek Çakır'ın Sağlık İşletmeleri Yönetimi başlıklı "Sağlık Hizmetleri Pazarlamasında Hasta Memnuniyeti: Bir Uygulama" başlıklı yüksek lisans tezi 2015 yılında; sağlık hizmetleri, tıbbi hizmetlerin pazarlanması konusunda hasta memnuniyetinin önemini vurgulayarak, hastaların ve ailelerinin hizmetlerden

memnuniyetlerini artırmayı, memnuniyetlerini ölçerek pazarlamada tıbbi hizmetlere ve müşterilerin (hastaların) demografik özelliklerine göre bir farklılık olup olmadığının araştırılmasıdır. Bu çalışmada sağlık hizmeti kavramları, sağlık hizmeti pazarlaması, hasta memnuniyeti ile ilgili literatür taranmış ve son olarak Gaziantep İli, Şahinbey İlçesindeki özel bir hastanenin ayaktan hastalarına anket uygulanmış ve analiz edilmiştir. Hizmetten memnuniyet düzeyi de oldukça iyidir, bu da tıbbi hizmetlerin kalitesiyle yakından ilişkilidir.

Esra Uyar'ın 2014 yılında hizmet pazarlamasında ağızdan ağıza pazarlamanın algılanan hizmet kalitesi ve müşteri memnuniyeti üzerindeki etkisini belirlemeyi amaçlayan bir araştırmadır. Ağızdan ağıza iletişimin hastaların deneyimlerini birbirleriyle paylaştığı sağlık kuruluşları için büyük önemine işaret etmektedir. yer. Tıbbi hizmetler ile müşteri memnuniyeti düzeyi, müşteri (hasta) memnuniyeti, ağızdan ağıza pazarlamanın beklenen hizmet kalitesi ve müşterinin memnuniyetine etkisini belirlemek için hazırlanan anket ile değerlendirilmektedir. Bu çalışmada hizmet kalitesinden beklentilerin ifade edilmesinde "güvenilirlik" ve "güven" çok önemli faktörler iken, hizmet kalitesi hizmetin en az önemli olan yönleri "fiziksel özellikler" ve "isteklilik" olmuştur.

Şeniz Erdem'in 2007 yılında "Sağlık hizmetlerinin pazarlanması: hizmet kalitesi algısına uygulanması" başlıklı yüksek lisans tezinde, pazarlamanın artan önemi Günümüz tıbbi hizmet profesyoneli, özel tıbbi hizmetlerde artış ve sağlık hizmetlerinin kalitesinin artması. teşhisten tedaviye verilen hizmetler. Sağlık hizmetlerinin teknik yönlerine odaklanılarak, hastaların hastanede sunulan hizmetlere ilişkin algıları, hizmet sunucuların tutum ve davranışlarına ve hastaların sağlık hizmetlerinin teknik kısmından ziyade personele olan güvenlerine odaklanılarak incelenmiştir.

Fettah Gökbulut 2019 yılında yüksek lisans tezinde "Türkiye'de Sağlıkta Kamu Özel Ortaklıkları: Şehir Hastaneleri" üzerine eğitim alırken, aynı zamanda kamu-özel işbirliği modelleri ve projeleri üzerine araştırmalar yapmaktadır. Bu modelin tıp alanında uygulandığı şehir hastaneleri bulunmaktadır. Yurtdışında alternatif olarak görülen bu modelin istikrarlı ve uzun vadeli karlılıkla ilişkili olduğunu ve yeni bir sermaye birikimi süreci yaratmaya çalıştığını ve şehir hastanesi projelerinin neden bir yatırım aracı olarak görüldüğünü açıklıyor. Konuyla ilgili araştırmalarında projeleri iş dünyasına cazip kılacak bir kamu garantisi olarak değerlendirmiş ve plansız ve mürif bir yaklaşımla kamu gücünün dünya kapitalizmi üzerinde devredilemez olduğu

sonucuna varmıştır. Bu hastanelerde özellikle sağlık gibi özel bir alanda sağlanan talebin garanti altına alınması nedeniyle hastalar potansiyel müşteri olarak kabul edilmekte ve kamu-özel işbirliği modeli üretimde ve kamu hizmet sunumunda ve daha özelde ise köklü bir değişime yol açmaktadır. Türkiye'de uygulanan belediye hastanesi projeleriyle iş dünyasının çıkarlarını vurgulayan kâr odaklı bir yaklaşım sonucuna varmıştır.

2019 yılında Emre Yılmaz'ın "Popülerlik dönemlerinde şehir hastanelerinin sağlık yönetiminde iyi uygulama örnekleri" başlıklı yüksek lisans tezine göre Adana, Yozgat, Mersin ve Isparta, şehir hastaneleri, hizmet sunumunda yöneticilerle yapılan görüşmelerle sunulan ve yerinde incelenen uygulamalardan örneklerdir. Halk sağlığı hizmetleri, şehir hastaneleri ile halka ücretsiz olarak verilmektedir. Buna bakılarak; Özel hastanelerin tercih edilmesinde en önemli faktörlerden biri müşteri memnuniyetinin ön planda tuttuğu otel hizmetlerinin kalitesi olduğundan, belediye hastanelerinin kurulmasının da beraberinde getireceği gibi, sağlık sektöründeki rekabet de göz önüne alındığında, sağlık hizmeti sunucuları kendilerini eleştirerek verilen hizmetlerin kalitesini, hizmete erişim hızını ve aldıkları

2019 yılında Muhammed Tenşi, "Sağlık sektöründe kamu-özel ortaklığı modelinin şehir hastaneleri ekseninde değerlendirilmesi: İzmir ili için bir saha çalışması" başlıklı yüksek lisans tezi ile bölge özel sektörünün kamu hizmeti sunumuna katılımını ortaya koymaktadır. KÖİ Kamu hizmeti sunumunda geleneksel yöntemlerin alternatif yöntemlerle değiştirilmesiyle ortaya çıkmıştır. Bu bir sözleşme yöntemidir. Doğru risk dağılımı ile ortak kamu hizmeti sunumu ve özel sektör kârı hedefi, verimliliğin ve etkinliğin yönetimin gelişmesiyle birlikte ilk sırada gelmesi kamu sektörü, genel bir yaklaşım olarak özel ortaklıkların kullanılması için doğru ortamı hazırlamıştır. Araştırmada, İzmir ili Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerin üst ve orta yönetim gruplarının personellerine sağlık sektöründeki kamu-özel sektör ortaklıkları hakkında danışılmış ve bu görüşleri eğitim düzeylerine, mesleklerine, iş unvanlarına ve idari çalışma sürelerine göre karşılaştırılmış, değerlendirilmiştir. Bu amaç kapsamında 46 kadın ve 50 erkek olmak üzere 96 üst ve orta düzey yöneticiye anket uygulanmıştır.

Araştırmada kullanılan anket; Bilgi düzeyi, finans ve maliyet, kalite, sağlık hizmetlerine erişilebilirlik, verimlilik, tasarım ve proje yönetimi konularında 36 soru içermektedir. Katılımcılar şehir hastanesi hakkında fazla bir şey bilmedikleri ancak ortak görüşün hastalara büyük fayda sağlayabileceğini ve kamu ortaklığı modeli

hakkında daha fazla bilgiye ihtiyaç olduğunu ifade etmişlerdir. Nitelik açısından bakıldığında, katılımcıların şehir hastanelerinin olumlu bir etki yaratacağı yönünde görüş belirttikleri görülmektedir. Araştırma için seçilen konuların kamuoyu tarafından yeterince bilinmemesi ve tek bir ilde Sağlık Bakanlığı'na bağlı 18 Hastanede görev yapan üst ve orta düzey yöneticilerin görüşlerine yer verilmesi nedeniyle çalışmanın sonuçlarının genellenemediğini söylemek mümkündür.

Volkan Özdede'nin 2019 yılında "Kamu-özel ortaklığı modeliyle şehir hastanelerinin Türkiye'de uygulanması ve Mersin şehir hastanesi örneği" konulu yüksek lisans tezine göre; 1980'lerden sonra, tüm dünyada uygulanan kamu hizmeti politikalarında geleneksel yaklaşımları bırakarak daha verimli ve etkili olduğu düşünülen Kamu Özel Ortaklığı (KÖİ) modellerine geçiş yaşanmıştır. Dünya genelinde bazı ülkelerin sağlık hizmetlerini kamu inisiyatifleri aracılığıyla sağladığı, bazı ülkelerin ise hem klinik hem de klinik olmayan hizmetleri özel sektöre yaptırdığı görülmektedir. Türkiye'de; KÖİ modeli kapsamında hastane inşaatı ve ekipman bakımı gibi klinik olmayan hizmetler özel girişimler tarafından gerçekleştirilirken, klinik hizmetler yalnızca kamu ortakları tarafından sağlanmaktadır. Bu model son yıllarda büyük atılımlar yaparak "Şehir Hastanesi" olarak anılmaktadır. Bu model kapsamında bütçe disiplininin taviz verilmeden nitelikli tıbbi ekipman ve yatak ihtiyacının karşılanacağı düşünülmektedir. Araştırmada Türkiye'nin ilk belediye hastanesi olarak 2017 yılında hizmete açılan Mersin Şehir Hastanesi, hastanenin yapısı ve işleyiş usulleri, özellikleri ve özellikleri örnek olarak kullanılmıştır.

Ayşe Öztüre, 2010 yılında "Hasta Memnuniyetinin İstatistiksel Analizi" konulu yüksek lisans tezini Konya'da özel bir hastaneye başvuran 372 hastanın demografik özelliklerini ortaya koymak ve ayaktan tedavi gören 383 hastanın memnuniyetini etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır. hasta memnuniyeti ve memnuniyetsizliği ile ilgili 1 Ocak 2008-31 Aralık 2008 aralığında iki değişik anket uygulanarak, klinik ve hastane ziyaretleri sırasında demografik, bakım ve hasta memnuniyeti hakkında bilgi toplandı. Anketlerde doktor, hemşire ve diğer sağlık çalışanları, enformasyon görevlileri ve sekreterlerin deneyim ve davranışlarından beklenen memnuniyet, hastanenin teknik donanım ve temizliğinden memnuniyet, acil servisten memnuniyet, bekleme süresinden memnuniyet algısını belirlemiştir. Hastanın tekrar hastaneye gelme tercihi istatistiksel olarak SPSS 13.0 istatistik yazılımı kullanılarak bunun mümkün olup olmadığı saptanmış, doktor ve hemşirelerin yaklaşımlarının yatan hastalar ile ayaktan hasta memnuniyetini etkilediği

tespit edilmiştir. Ayrıca hastanede yatan hastalar ayakta tedavi görenlere göre temizlik hizmetlerinden daha memnun kalmıştır. Polikliniklerin genel hijyenine daha fazla dikkat edilmesi gerektiğinin belirlendiği çalışmada, memnuniyet arttıkça hastane tercih oranlarının tekrar arttığı gözlemlenmiştir.

Zafer Yıldız tarafından 2018 yılında gerçekleştirilen "Şehir hastanelerinde hasta memnuniyet ölçeklerinin geliştirilmesi ve yapısal eşitlik modellemesi ile analiz edilmesi" başlıklı doktora tez araştırmasının asıl amacına göre, belediye hastanelerinde tedavi gören hastaların memnuniyet seviyelerini belirlemeye yönelik Amos ve SPSS 25 programlarının kullanılması ile yapısal eşitlik modellemesini belirleyen bir ölçek geliştirilmiştir. Hedef, bu memnuniyet ölçeğinin Türkiye'de sayısı sürekli artan belediye hastanelerinde de kullanılmasını sağlamaktır

Bu ölçeğin, yapılan anketlere dayalı olarak hasta sorunlarını ortaya koyarak, bu sorunlara çözüm üreterek hasta memnuniyetini artırmada sağlık hizmeti sunucularına ve kurumlara yol gösterici olacağı düşünülmektedir. Sağlık hizmetlerinin sunumu, insan yaşamının sürdürülmesi, yaşam kalitesinin artırılması ve korunması için büyük önem taşımaktadır. Bu bağlamda kabul edilen sağlık hizmetlerinin düzeyi, ülkelerin sosyo-ekonomik gelişmişlik düzeyine bağlıdır. Sağlık hizmeti sunumu, sağlık hizmetleri sektöründen doğrudan etkilenen finans, satın alma ve paydaş süreçlerinden ayrı olarak analiz edilmesi gereken çok kapsamlı süreçleri içermektedir. Bu bakımdan sağlık hizmetlerinde verilen hizmetin kalitesi, verilen tedavinin türü, sağlık hizmetinin fiziki durumu, personelin davranışları bu dönemde büyük önem taşımaktadır.

Bu çalışma kapsamında, şehir hastanelerinde tedavi gören hastaların memnuniyetini ölçmek amacıyla geliştirilen "Şehir Hastanesi Hasta Memnuniyeti Ölçeği" ile Isparta Şehir Hastanesi, Yozgat Şehir Hastanesi ve Mersin Şehir Hastanesi ile bir model evren oluşturulmuş ve Yozgat ve Isparta İl hastanelerinde tedavi gören hastalara anket uygulanmıştır. Anket sonuçta genel memnuniyet açısından şehirdeki hastanelerin hasta memnuniyetini, yani devletin kamuoyuna açıkladığı yeni kompleks yapılarla ilgili memnuniyeti artırmada önemli bir rol oynadığını ortaya koyarak şehir hastanelerinde hasta memnuniyet ölçeğinin sahada kullanılabilecek güvenilir ve geçerli bir ölçme aracı olduğu neticesine ulaşmıştır.

Benzer şekilde, "Sağlık hizmeti pazarlamasında ağızdan ağıza pazarlamanın önemi ve tüketicinin sağlık hizmetlerini kullanma tercihlerine etkisi" konulu doktora tezi de 2018 yılında Maşide Gürcü tarafından çalışılmıştır. Ağızdan ağza iletişimle bu

hizmeti satın almak isteyen Yozgat'ta yaşayan 18 yaş üstü 30 kişi arasında anket yapılarak, dört bölümden oluşan çalışmada; Ağızdan ağıza iletişimin tanımı, diğer alanlardaki uygulamaları, pazarlamanın önemi ve araştırma sonucunda elde edilen veriler değerlendirilmiş, tercih nedenlerini ve memnuniyetlerini içeren veriler ortaya konulmuştur. Bu çalışmada SPSS 22 istatistik programı ile faktör analizi, anova analizi, t-testi, regresyon analizi ve korelasyon analizi yapılmış ve ankete katılanların %68'inin sağlık tavsiyesi aldığı belirlenmiştir. Sonuçlar, katılımcıların tıbbi hizmetleri kullandıktan sonra memnuniyet (%95,8) ve memnuniyetsizlik (%94,7) düzeylerini paylaştıklarını belirledi. Sağlık tüketimine yönelik başvuru alan birincil iletişim araçlarının yönlendirmeler, internet ve sosyal ağlar olduğu, en etkili bilgi kaynaklarının ise sağlık çalışanları ve daha önce hizmet satın almış kişiler olduğu belirlenmiştir.

Maşide Gürcü bu çalışmada ağızdan ağıza iletişimde yaş, cinsiyet, gelir durumu, eğitim düzeyi, medeni durum gibi demografik değişkenler nedeniyle farklılıklar olduğu sonucuna varmıştır. Ayrıca ağızdan ağıza iletişimin sağlık hizmeti almak isteyenler üzerinde olumlu bir etkisi olduğu tespit edilmiş ve sağlık çalışanları, akademik personel ve sağlık pazarlaması alanında çalışanlar için pratik öneriler üzerinde durulmuştur.

4.2.2. Makaleler

Dilruba Uğurluoğlu, Durmuş Gökçaya ve Ramazan Erdem'in "Şehir Hastanesi Çalışanlarının Memnuniyeti" konulu makalesinde, sağlık hizmetlerinde en önemli kaynağın hastane çalışanları olduğu, sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesinin hastane personeli ile gerçekleştirildiği belirtildi. Şehir Hastanesi Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde yürütülen bir proje olup, kamu-özel ortaklığı modeliyle finanse edilmekte, kurulmakta ve işletilmektedir.

Türkiye'deki herhangi bir hastanede çalışanların şehirdeki eski hastane ile yeni hastanede çalışırken memnuniyetlerini karşılaştırarak memnuniyet durumlarını belirlemeyi ve aynı zamanda görüş ve önerilerini belirlemeyi amaçlamaktadır. Sağlık Bakanlığı'na bağlı kamu hastanelerinin şehir hastanelerine dönüştürülmesi konusunda Türkiye'de bir belediye hastanesi personeline uygulanan anket için doktor, hemşire, ebe, idari ve paramedik personele yönelik 211 anket elde edilmiştir. 2017 yılının ilk altı ayında bahsi geçen hastaneden gerekli izin alındıktan sonra örnekleme yoluyla değerlendirilmiştir.. Değerlendirmenin ardından personel; şehir hastanesindeki yeni

binanın geniş, rahat, hijyenik koşulları olduğu, temizlik gibi sorunlardan memnun oldukları ancak artan iş yükü, hastaneye ulaşım sorunları, azalan işletme sermayesi, personel ve çalışanın döner sermayenin azalması konusuna önem verilmemesi ve ikili yönetim şeklindeki sorunlardan memnun olmadıkları ortaya çıkmıştır.

Araş. Öğretim Görevlisi Durmuş Gökkaya, Arş. Görmek. Dilruba İzgüden ve Prof. Ramazan Erdem'in 2018 yılında Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyon Dergisi'nde yayınlanan "Şehir Hastanelerinde Hasta Memnuniyeti Çalışması: Isparta İli Örneği" başlıklı makalesi, memnuniyetin sağlık kuruluşlarında ve belediye hastanelerinde kalite ve performans için kritik öneme sahip olduğunu göstermiştir. Kentin hastanelerine kamu-özel ortaklığı modeliyle finansman sağlayarak, projenin tıbbi tesis dönüşüm programı kapsamında sağlık sektöründeki en önemli gelişme olduğunu açıklamışlardır. Hastaların geçiş sürecinde en az hastane personeli kadar etkilendiğini saptamışlardır. Isparta Belediye Hastanesi'nde hizmet alan hastaların memnuniyet düzeylerini belirlemek için rastgele seçilen hastaların Gülkent Hastanesi ve Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesinden Isparta Şehir Hastanesi geçişine ilişkin görüşlerini belirlemek için genel memnuniyet, çalışan memnuniyeti, zaman kavramları ve fiziksel çevre gibi memnuniyetlerini ölçmek üzere dört farklı boyutu analiz ettiler. İncelemenin sonuçları hastaların hastaneden çok memnun olduklarını belirledi. Özellikle şehir hastanesinin dış görünümü ve alanı, kullanılan aletlerin kalitesi, kliniğin konforu ve sıhhi şartlara uygunluğu hijyen hastaları memnun eden unsurlardır. Ayrıca bu çalışmada, şehir hastanesine ulaşım sorunları, tıbbi sekreter eksikliği, hastane büyüklüğü nedeniyle hastane içi ulaşım, otopark ve kantin gibi hasta memnuniyetini azaltan faktörler de tespit edilmiştir.

Çınar, NF, Türkoğlu, Ç., Tütünsatar, A. Dünyada birçok ülkenin yaşadığı krizlerin ardından devlet, 1970'li yıllarda birçok hizmeti özelleştirme yoluyla özel sektöre aktarmak için çeşitli adımlar atmıştır. Birleşik Krallık, kamu-özel ortaklığıyla finansman konusunda işbirliği yaparak sağlıkta dönüşüm programı gerçekleştiren ilk ülkedir. Türkiye'de kamu-özel ortaklığı anlamında yap-işlet, yap-işlet-devret ve yap-kira olarak bilinen şehir hastanelerine geçişte sağlıkta dönüşüm ortaya çıkmıştır. Bu makalede, KÖİ modelinin tarihsel gelişimini, KÖİ modeli ve Türkiye'de açılan belediye hastanelerinin hizmet memnuniyetini ölçmek için, araştırmaya katılan 250 kişinin görüşleri alınarak katılımcılar arasında anket çalışması yapılmıştır. Şehir hastanesine gelen hastaların hizmet memnuniyetini ölçmek ve sağlık hizmeti

uygulamalarındaki boşlukları belirlemek için çalışmanın sonuçlarına bakıldığında başvuran hastaların genel eksikliklere rağmen verilen hizmetten memnun olduğu sonucuna varılmıştır.

Didem Tezcan, Mehmet Hakan Yücel, Umut Burak Ünal'ın 2013 yılında yazdığı “Üçüncü Basamak Sağlık Kuruluşlarında Hasta Memnuniyeti” başlıklı makalesi ve hasta memnuniyet anketi iki kısımdan oluşmaktadır. Birinci bölümde kişilerin demografik özellikleri, ikinci bölümde ise memnuniyet düzeylerine ilişkin görüşleri sorulmaktadır. Araştırmaya katılan hastaların %78,4'ü verilen hizmetten genel olarak memnun kalmış, %73.5'i doktorları tarafından dikkatle dinlenilmiş %70.6 oranında hastalar kendi doktorlarını seçmemiştir, %59.8'i 15 dakika içinde muayene olamadıklarını söylemiştir. %66.7 katılımcının reçeteli ilaçların yan etkileri hakkında bilgilendirilmediğini tesbit edilmiştir. Katılımcının isminin sorulmadığı bu çalışmada; genel hasta memnuniyetini olumlu yönde etkileyen temel faktörlerin hekim dikkati ve zamanlaması, hastane temizliği ve konforu, nazik ve saygılı hizmet, mahremiyete saygı ve bilgi sağlama olduğunu belirlediler. Araştırmaya katılan hastaların cinsiyet, eğitim ve gelir durumunun hasta memnuniyeti ve doktor seçme, reçete hakkında bilgi alma ve tedaviyi bekleme sürelerini etkilemediği, muayenenin hasta memnuniyetini etkilemediği belirlenmiştir.

Yrd. Doç. Dr. Yusuf BİLGİN ve Öğr. Gör. Murat GÖRAL'ın Bartın İ.İ.B.F. dergisi için kaleme aldığı "Tıbbi tesislerde hizmet kalitesinin hasta memnuniyetine etkisi: Bartın Devlet Hastanesi Örneği" başlıklı makalesinde sağlık kuruluşlarında hizmet kalitesinin hasta memnuniyetine etkisini inceledi. Bartın Devlet Hastanesi'nden sağlık hizmeti alan hastalarla yaptığı çalışmada, nicel araştırma yöntemlerini ve uygun örnekleme tekniklerini kullanarak doğrudan hasta anketinin sonuçlarını değerlendirdi. SPSS 18.0 ve Lisrel 8.7 yazılım paketlerini kullanarak yaptığı veri analizi sonucunda, sağlık kuruluşlarında sunulan hizmet kalitesi bileşenlerinin hasta memnuniyeti üzerinde önemli bir etkiye sahip olduğunu tespit etmiştir. Ancak hizmeti etkileyen bir diğer faktör olan çevresel faktörlerin kalitesinin hasta memnuniyetini önemli ölçüde etkilemediği tespit edilmiş ve sonuçları tesis yöneticisi ile paylaşılmıştır.

Nilgün Sarp ve Burhan Tükel tarafından 1999 yılında Ankara Üniversitesi Bilim Dergisi'nde yayınlanan "İbn Sina Hastanesinde Hasta Memnuniyeti" başlıklı makalede hastane hizmet kalitesini ölçen çalışmalardan biri olan hasta memnuniyeti çalışması asistanlar tarafından 309 ayaktan hasta ile yürütülmüştür. Nisan ve Mayıs aylarında orantısallık anketi uygulayarak elde ettikleri verileri X² testi ile

değerlendirdiler. Burada özellikle eğitim düzeyi, cinsiyet ve yaşın hastaların tutumları üzerindeki rolünü belirlemeye çalışmışlardır. Anket sonucunda hastaların eğitim düzeyi yükseldikçe hastaneden aldıkları hizmete ilişkin beklentilerinin arttığı, İbni Sina Hastanesini tercih etmede sağlık personelinin davranışları ve temizliğinin önemli olduğu ve memnuniyet düzeyinin arttığı belirlenmiştir. Sonuçta daha iyi ve sağlıklı hizmet verebilmek için periyodik olarak anketler yapılmalıdır.

Howard (1999), "sağlık hizmetlerinde artan rekabete bağlı olarak 'müşteri' hizmetlerinde bir değişim olmuştur" iddiasına bakarak yaptığı çalışmada, müşteri sadakatini ve hastane müdürünün hasta memnuniyetini artırmak için bir hizmet planı uygulanabileceğini belirlemiştir. Amerika Birleşik Devletleri'nde sağlık sektörünün yeniden yapılandırılması, piyasadaki rekabet düzeyini artırmıştır. Bu nedenle hastaneler müşterilerinin ihtiyaç, istek ve gereksinimlerine daha fazla cevap vermek zorundadır. Sözü edilen çalışmada (Howard, 1999), resmi müşteri hizmetleri eğitim programları ile müşteri şikâyetlerinin önemli ölçüde azaltılabileceği ve memnuniyetin artırılacağı tezi denenmiştir. Sonuçlar, bu tür programların hastanenin finansal performansını (yani kârını ve gelirini) ve müşteri memnuniyetini artırdığını ve şikâyetleri azalttığını göstermektedir (Yağcı ve Duman, 2006).

Yılmaz (2001), memnuniyetin ne olduğunu, hasta memnuniyetini etkileyen faktörleri, memnuniyete artan ilginin nedenlerini, hasta memnuniyetinin arkasındaki teorileri, beklentilerin rolü ve memnuniyet ile bakım kalitesi arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Bu inceleme sonucunda, genel hasta memnuniyetinin, hastanın sunulan hizmetten beklentilerine veya verilen hizmete ilişkin algısına bağlı olduğu sonucuna varılmıştır.

James (2002), Amerikan hastanelerinin kaliteli idari ve destek hizmetleri sağlamak için daha fazla çaba göstermesine rağmen, tıbbi hizmetlerde aynı çabayı göstermediklerini savunmaktadır. Hekimlerin de toplam kalite yönetimine dâhil edilmesi gerektiğini savunurken, klinik hizmetlerle doğrudan ilgisi olmayan işlere ayırdıkları süre için tazminat ödenmesi gerektiğini ve sahada kapsamlı kalite sağlanarak hasta memnuniyetinin sağlanabileceğini vurgulamıştır.

Gülmez (2005), Cumhuriyet Tıp Üniversitesi Hastanesi'ne başvuran hastalarla doğrudan bir anket gerçekleştirerek hasta memnuniyetini ölçmüş ve hastalara verilen hizmetin kalitesini belirlemeye çalışmıştır.

Yağcı ve Duman (2006), hastanelerde sunulan ayakta tedavi hizmetlerinin algılanan kalitesini ve bu boyutların genel hasta memnuniyeti ile ilişkisini hastane türüne göre incelemiştir.

Özer ve Akıl (2007), ülkemizde hasta memnuniyeti ile ilgili araştırma ve makaleleri kullanarak, sağlık hizmetlerinden memnuniyeti ve genel olarak hasta memnuniyetini etkileyen faktörleri belirlemiştir.

Sağlık hizmetlerinde kaliteli sağlık hizmeti veren sağlık kuruluşlarında algılanan hasta memnuniyetinin öneminden hareketle Malatya Devlet Hastanesine kayıt yaptıran hastaların sağlık hizmetlerinden memnuniyetleri "Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti Araştırması: Malatya Devlet Hastanesinde Saha Çalışması" başlıklı bildirisinde "2010 yılında Mustafa Taşlıyan ve Müslüme Akyüz tarafından yayınlanmıştır. Hastaların hastaneden beklentilerini belirlemek ve değerlendirmek için saha araştırması yapılmış, çalışmaya, 300 hasta katılmıştır. Hemşirelerin tutum ve davranışlarına ve tıp sektöründeki diğer teknisyenlere (işçi, röntgen teknisyeni vb.) göre belirlenen "özel örnekleme yöntemi" ile hastane personeli memnuniyet anketi uygulanmıştır. Hastaların büyük çoğunluğu bu hastanenin hizmetlerine güvendiklerini ifade etmişlerdir.

Güllülü, Erciş, Ünal ve Yapraklı (2008), tıbbi hizmet ve pazarlama kavramlarını ayrıntılı olarak analiz etmiş ve hizmetten memnuniyet düzeyini belirlemek için Erzurum'daki kamu ve üniversite hastanelerinde yatan 600 hastaya anket uygulamışlardır. Devlet hastaneleri ve üniversitelerden alınan anket değişkenlerine açıklayıcı faktör analizi uygulayarak, Erzurum ilinde bulunan kamu ve üniversite hastanelerinden hizmet alırken hasta memnuniyet düzeylerini, hangi hastanelerde hangi hizmetleri neden tercih ettiklerini, hangi hizmetleri beğenmediklerini ve istatistiksel olarak kamu ve üniversite hastanelerinin memnuniyet düzeyleri arasında farklılık olup olmadığını belirlemeye çalışmışlardır.

İzmir Güner (2009), İstanbul Avrupa Yakası'nda bir eğitim ve araştırma hastanesinin dâhiliye polikliniğine kayıtlı 16 yaş üstü 97 hastaya yüz yüze anket uygulamış, değerlendirme sonuçlarından memnuniyet düzeyini ölçmüş ve memnuniyeti etkileyen faktörleri belirlemiş ve bu sonuçlara göre hizmet kalitesini artırmak için neler yapılabileceğini tartışmıştır.

2011 yılında Üstün Özen, Handan Çam ve Fulya Yalçın Aslay, "Sağlık hizmetlerinin boyutları ve kalite faktörlerine ilişkin hasta memnuniyeti perspektifleri: Gümüşhane Devlet Hastanesinde Uygulama" ve tıbbi hizmetlerin Gümüşhane Devlet

Hastanesi bünyesindeki sağlık personeli ve diğer personel tarafından sunulan hizmet kalitesinin hasta memnuniyeti üzerindeki etkisi üzerine bir araştırma yapmışlardır. Bu amaçla Gümüşhane Devlet Hastanesi ayaktan anket çalışması sonuçlarından elde edilen verilere istatistiksel faktör analizi uygulanarak, fiziki yapı, hastaya saygı ve bakım, hastane erişilebilirliği ve güvenliği, güvenilirlik, hastalara verilen hizmetler, yeterlilik ve davranış, personelin yeterliliği ve tutumu olarak tanımlanan faktörlerden biri olan hasta memnuniyetinin başkalarına tanıtılıp, bu faktörlerin etkisinin vurgulanıp, tıbbi hizmetlerin ve hastanın kalitesini ölçen tedavide kullanılması durumunda, istatistiksel regresyon analizi ile analiz edilen sağlık çalışanlarının üzerindeki memnuniyeti vurgulamışlardır. Analiz sonuçlarına göre; Hastanenin fiziki yapısı, hastalara olan saygısı ve bakımı, hastanenin benimki olarak belirlenmiş önerisi, hastanenin erişilebilirliği ve güvenlik faktörü, güvenilirlik ve kolaylık ve hasta hizmetleri olarak belirlenmiştir. Hastanenin kalite ve kapasite açısından tavsiye edilemeyeceği yanıtı verildi. Hastane personelinin yeteneği ve hastalara karşı tutumu teşvik edici olarak görülmektedir. Bu sonuçlardan hastane yönetiminin memnuniyetsizlik noktalarını dikkate alarak diğer tıbbi tesislerle rekabet edebilmek için kaliteyi iyileştirmesi gerektiği sonucuna varılmıştır.

4.2.3. Dergiler

SağlıkSen Stratejik Araştırmalar Merkezi tarafından 2018 yılında derlenen ve Mehmet Atasever tarafından editörlüğü üstlenilen "şehir Hastaneleri Araştırması" başlıklı dergide, şehir hastaneleri birincil tıp merkezleri olarak planlanmıştır. Bunların uluslararası hastaların tedavi edileceği üst düzey merkezler olarak kabul edildiği, mekânsal olarak şehir hastanelerinin sunduğu her türlü hizmet nedeniyle hasta güvenliği üzerinde olumlu bir etkiye sahip olduğu ve personeli doğru tıbbi prosedürleri uygulama konusunda eğittiği ve motive ettiği tespit edilmiştir. Burada hastanelerin dünya standartlarında faaliyet göstermesi ve dolayısıyla hasta memnuniyetinin sağlanması için gerekli adımların atılmasının önemi vurgulanmaktadır.

şehir hastaneleri ile yer ve tesislerdeki büyük artışa rağmen yetersiz personel sıkıntısından bahsedilmiş ve bu hastanelerde kapasite, mevcut hasta ve iş yüklerine göre yeni personel alımının faydalı olacağı kanaatine varılmıştır. Alanın büyüklüğü ve şehir hastanelerindeki aşırı iş yükü nedeniyle gün içinde personel arasındaki iletişim azalmış ve personelin yöneticilere ulaşamaması sorunu gündeme gelmiştir. Buna rağmen hastaneye ulaşım durumu şehir hastanelerinin konumuna göre değişmekte ve

çoğu hizmet türünün şehir hastanelerinde verilmesi, vatandaşların hizmetlere erişimini kolaylaştırmış, memnuniyetlerini artırmıştır.

Tıp Düşüncesi ve Sağlık Kültürü Dergisi'nin 10 Eylül 2018 sayısında şehir hastaneleri ve sağlık hizmetleri hakkında çeşitli görüşler paylaşıldı. Kamu ve özel sektör, kamu-özel ortaklığı (KÖİ) modeline dayalı şehir hastanelerinde sağlık hizmetlerinin nitelik ve niceliğini iyileştirmeye kararlı olduğundan, yatırımların ve ihaleye çıkma sürecinin bir proje bağlamında ele alındığı belirtildi. Şehir hastaneleri, Sağlık Bakanlığı Kamu-Özel İşbirliği Dairesi Başkanlığı, Sağlık Genel Müdürlüğü tarafından yatırım yapmaktadır.

Şehir hastanelerinin tıbbi dönüşüm adına sıradan kamu hastanelerinin tek çatı altında toplanmasında hastalara sıkıntı yaşattığı anlatılırken, fiziki ölçeğine göre şehir merkezinde yerleşmeye uygun yer bulmanın zorluğuna değinildi. Aynı zamanda şehir hastanelerinin fiziki büyüklüğünün ve koordine edilmesi gereken birimlerin sayısının artmasının tüm personeli hem bedenen hem de ruhen yorduğu da tartışılmaktadır. Bu dergide özel hastanelerin tercih edilmesinde büyük rol oynayan en önemli faktörlerden biri otel hizmet kalitesidir. Bu nedenle özel hastaneleri doğrudan etkileyecek şehir hastanelerinin kurulmasıyla sağlık sektöründe rekabetin artacağını, kendilerini düşünmeye ve gelişmeye teşvik edeceğini vurgulamaktadırlar. Çünkü bu sunulan hizmetlerin kalitesini, hizmete erişim hızını ve rekabet gücünü hesaba katar.

4.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEM

Araştırmanın evrenini Ankara İli, Çankaya İlçesi sınırları içinde olan Bilkent Şehir Hastanesi oluşturmaktadır. Dolayısıyla ana kütle Bilkent Şehir Hastanesinden sağlık hizmeti görmüş hastalardan oluşmaktadır.

Araştırmanın örneklemini 01/08/2021- 20/08/2021 tarihleri arasında kolayca örnekleme yöntemi ile seçilen yüz yüze anket yöntemi ve internet üzerinden dijital ortamda yapılan anket yöntemi kullanılarak veri toplanan 200 hastadan oluşmaktadır. Örneklemin evreni temsil edeceği varsayılmıştır.

4.4. ARAŞTIRMANIN KISITLARI

Araştırmanın bulguları anket yapılan hastalarla kısıtlıdır.

- Araştırmanın bulguları Ankara Bilkent Şehir hastanesinden sağlık hizmeti alan hastalarla sınırlıdır.
- Araştırmada incelenen “Ankara Bilkent Şehir Hastanesinden sağlık

hizmeti alan hastaların memnuniyeti” için uygulanan anket kapsamındaki sorular ile sınırlıdır.

- Bu çalışmadaki en büyük kısıtlama hastane yöneticilerinden oluşan kurulun anket sonucu çıkabilecek olumsuz sonuçlar nedeniyle anketin yapılmasına karar verememeleridir. Bu durum anketin sadece bilimsel anlamda kullanılacağı ve çıkacak sonuçların önce idare ile paylaşılacağını ve daha nitelikli hizmet sunulması yönünde belirleyici olduğunun anlatılmasına rağmen olumsuz tavır alındığı şeklindedir.
- Çin'in Vuhan kentinde 1 Aralık 2019 tarihinde ortaya çıkan korona virüs salgını nedeniyle 2020 yılında başlayan ve pandeminin artış hızının 2021 yılında da devam etmesi sonucunda ülkemizde Sağlık Bakanlığının aldığı tedbirler kapsamında sokağa çıkma yasağı nedeniyle tezimin anket çalışmalarını yapmam gereken sürelerde tamamlayamadığımdan yaptığım çalışmalar sınırlıdır.

4.5. ARAŞTIRMANIN METODOLOJİSİ

4.5.1. Tek Faktörlü veya Tek Yönlü Varyans (ANOVA) Analizi

Varyans analizinin en basit formu tek yönlü (One-Way ANOVA) dır. İngilizce **Analysis Of VAriance** sözcüklerinin kısaltılmasından oluşmaktadır. İstatistik alanında birçok yöntemi içinde barındıran bir yöntemler topluluğunun genel adıdır. Varyans analizi pazarlamanın çok farklı alanlarında kullanılır.

ANOVA bir sayısal değişkenin az 3 grupta karşılaştırılmak istendiğinde kullanılır. Bu test öncelikli olarak gruplardan en az birinin diğerlerinden farklı olup olmadığını test eder. ANOVA testi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bir P değeri bulunursa yani $P < 0,05$ ise hangi gruplar arasında fark olduğunun ortaya konması için çoklu karşılaştırma testleri (Post-hoc testler) kullanılır. ANOVA testinin uygulanabilmesi için verilerin her grupta normal dağılıma sahip olması, varyansların homojenliği, gruptaki elemanların birbirinden farklı ve rastgele seçilmiş olmaları ile aynı gruptaki elemanların birbirlerinden bağımsız ve rastgele seçilmiş olmaları gerekmektedir.

4.5.2. Tek faktörlü Çoklu Varyans Analizi(MANOVA)

MANOVA, birden fazla bağımlı değişkenin bulunduğu araştırmalarda varyans analizi yapmak için kullanılan bir tekniktir. Çok değişkenli varyans analizi (MANOVA), tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ile aynıdır. ANOVA’da tek bağımlı değişken varken, MANOVA’da iki veya daha fazla bağımlı değişken bulunmaktadır. ANOVA’da sıfır hipotezi, bağımlı değişkenin gruplar arası ortalamasının eşitliğini kabul ederken MANOVA gruplar arası vektör ortalamalarının eşitliğini kabul eder. MANOVA’da bağımlı değişkenler arasındaki korelasyonun fazla çıkması sonuçların doğruluğuna işaret eder. MANOVA ile yapılan hastane hizmetleri analizinde ankete katılan hastaların eğitim ve gelirinde fark görülmediği için sonuçlar dikkate alınmamıştır.

Çalışmanın teorik kısmını oluşturma sürecinde literatür çalışması yapılmıştır. Kitap, makale, tez ve internet kaynaklarından yararlanılmıştır. Araştırmanın uygulama kısmında veri toplama aracı olarak anket seçilmiş ve internet ortamında doğrudan anket ve dijital anket tekniği uygulanmıştır. Bunun nedeni, kişilere yöneltilen soruların zaman sınırlaması olmaması ve çok fazla bilgi verebilmesidir. İnternette anket yöntemi ile sağlık hizmetlerinden memnuniyet hakkında daha fazla bilgiye daha düşük maliyetle ve daha kolay ulaşılmaktadır. Anket sorularına verilen yanıtlar bireysel görüşmeler sırasında dolduruldu ve bazı durumlarda anket sorularına yanıt verenler yorumlanmıştır.

Araştırmada toplam 41 soru sorulmuş olup, anket soruları iki bölümden meydana gelmektedir. Birinci bölümde katılımcıyı tanımlayıcı bilgiler, ikinci bölümde ise katılımcının Bilkent şehir hastanesi hizmetlerini değerlendirmesi istenmektedir. Birinci bölümde katılımcıyı tanımlayıcı bilgiler altında Demografik Bilgiler’e yer verilmiş olup 10 sorudan oluşmaktadır. İkinci bölüm olan katılımcının Bilkent Şehir Hastanesi hizmetlerini değerlendirmesi kısmında ise alt başlık olarak A kısmında danışma personeli ve ploklinik sekreterleri değerlendirilmiştir. B kısmında ise doktor ve sağlık personeli değerlendirilmiştir. Üçüncü kısım olan C kısmında genel hastane hizmetleri değerlendirilmiştir. Anketin A, B ve C kısımları toplam 31 sorudan oluşmaktadır. Anket formunda 5’li Likert ölçeği kullanılmıştır. Burada A ve B kısımlarında sayı az olduğu için faktör analizine ve güvenilirlik testine gerek görülmemiştir. Ancak 20 sorudan oluşan C kısmında ise hastanede hastalara verilen hizmetleri ölçen ölçekte faktör analizi uygulanmıştır.

1970 yılında Rensis tarafından bulunan Likert Ölçeği ile derecelendirme yöntemi günümüzde yaygın olarak kullanılmakta ve üzerinde birçok istatistiksel analiz

yapılmaktadır. Bu yöntem tüketicinin bir nesne bir tutum ya da bir davranış konusunda kendisine sunulan ifadelere katılıp katılmama derecesini ölçmektedir.

Elde edilen veriler IBM SPSS (Statistical Packages for the Social Sciences) istatistik paket programı ile analiz edilecektir. Verilerin analizinde öncelikle hastaların demografik özellikleri ve genel hizmet değerlendirme ile ilgili bilgileri belirlenecek, daha sonra ise hastaların gittikleri hastaneden aldıkları hizmete karşı duydukları memnuniyetin demografik özelliklerine göre farklılık gösterip göstermediğine bakılacaktır.

Bağımsız örneklem T testi, bağımsız iki grup arasındaki ortalamalara bakılarak istatistiksel olarak anlamlı bir fark olup olmadığını test etmek için kullanılır. Bu testin sonuçlarını yorumlayabilmek için varsayılan hipotezlerin yerine getirilmesi gerekir.

Fark analizlerinde Hotelling's T testi kullanılır. Hastaların, hastaneden memnun olma düzeylerinin saptanmasında iki grup arasında fark çıkarsa T testi, üç veya daha fazla grup arasında fark çıkarsa varyans analizi yapılır. Burada yazdığımız altı adet hipotezin incelenmesinde T testi ve varyans analizi testleri kullanılmıştır.

4.6. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

Araştırmanın hipotezlerini şunlar oluşturmaktadır.

H₁: Ankara İli Çankaya İlçesi sınırları içinde kalan Bilkent Şehir Hastanesinden yaralanan hastaların tatmin düzeylerinin tespit edilmesi şeklindedir. Bu hastaneden sağlık hizmeti alan hastaların memnun olma düzeylerinin demografik özelliklere göre değişmektedir.

H₁ Hipotezinden yararlanılarak geliştirilen hipotezler aşağıda sıralanmaktadır.

H_{1,1}: Hastaların Danışma ve Sağlık Personelinden memnun olma düzeyleri cinsiyetlerine göre farklılık göstermektedir.

H_{1,2}: Hastaların, Danışma ve Sağlık Personelinden memnun olma düzeyleri yaş gruplarına göre farklılık göstermektedir.

H_{1,3}: Hastaların, Danışma ve Sağlık Personelinden memnun olma düzeyleri eğitim durumuna göre farklılık göstermektedir.

H_{1.4}: Hastaların, Danışma ve Sağlık Personelinden memnun olma düzeyleri meslek gruplarına göre farklılık göstermektedir.

H_{1.5}: Hastaların, Danışma ve Sağlık Personelinden memnun olma düzeyleri gelir durumuna göre farklılık göstermektedir.

H_{1.6}: Hastaların, Danışma ve Sağlık Personelinden memnun olma düzeyleri randevu alma durumuna göre farklılık göstermektedir.

H_{1.7}: Hastaların Doktor ve Sağlık Personelinden memnun olma düzeyleri eğitime göre farklılık göstermektedir.

H_{1.8}: Hastaların Doktor ve Sağlık Personelinden memnun olma düzeyleri gelire göre farklılık göstermektedir.

H_{1.9}: Hastaların Doktor ve Sağlık Personelinden memnun olma düzeyleri güvenceye göre farklılık göstermektedir.

H_{1.10}: Hastaların Hastane hizmetlerinden memnun olma düzeyleri cinsiyete göre farklılık göstermektedir.

H_{1.11}: Hastaların Hastane hizmetlerinden memnun olma düzeyleri güvenceye göre farklılık göstermektedir.

4.7. VERİLERİN ANALİZİ VE BULGULAR

“Analiz öncesi veri hazırlama işlemleri bittikten sonra ankette bulunan değişkenlerin yapısı saptanır. Tanımlayıcı istatistikler; değişkenin frekans dağılımını, oransal dağılımını, kümülatif dağılımının ortalamasını, standart sapmasını, varyansını, değişim katsayısını, çarpıklığını ve basıklığını kapsamaktadır”(Nakip, Yaraş 2017). Burada geçen Frekans dağılımı değişkenlik özelliği bulunan bir durumun sayısal olarak belirtilmesini ifade etmektedir. Frekans dağılımı değişik kategorilerle adlandırılabilir.

Verilerin analizi yapılırken yapılan anketteki datalar üzerinden öncelikle hastaların demografik özellikleri ve genel hizmet değerlendirmeleri ile ilgili bilgiler ortaya konmuş, daha sonra ise hastaların hizmet aldığı hastaneden aldıkları hizmetten tatmin olup olmadıklarının demografik özelliklerine göre farklılık gösterip göstermediğinin ölçülmesi amacıyla oluşturulmuş olan ölçekte Normallik testi ve Güvenirlik analizleri yapılacak daha sonra ise hastaların duydukları memnuniyetin demografik özelliklerine göre farklılık gösterip göstermediğinin Bağımsız

Örneklemler T Testi ve Tek Faktörlü Varyans (One - Way ANOVA) analizi yardımıyla test edilecek ve elde edilen bulgular yorumlanacaktır.

4.7.1. Sağlık Hizmetleri Memnuniyeti Ölçen İfadelerin Sıklık Analizi

Frekans analizi, verilerin gözlem sıklığına ve yüzdesel dağılımlarına bakılarak yapılan bir istatistiksel analiz tekniğidir. Demografik faktörleri, anket maddelerini, kategorik veya tamsayılı araştırma sorularını frekans analizi ile değerlendirilebilmektedir. Doğrudan yapılan gözlem sonucu elde edilen sayısal verilerin derlenerek toplanması, özetlenmesi ve analiz edilmesi ile istatistiksel sonuçlar elde edilmektedir. Bu bölümde frekans analizi yapılırken SPSS programında verilerden elde edilen **Descriptive Statistics (Tanımlayıcı İstatistik)** kısmından sonra frekans analizi sonucuna ulaşılabilmektedir.

4.7.1.1. Araştırmaya Katılan Hastaların Demografik Yapılarının İncelenmesi

Araştırma kapsamında Ankara İli, Bilkent Şehir hastanesinden sağlık hizmeti alan hastaların demografik özellikleri incelenmektedir. Elde edilen veriler aşağıdaki gibidir.

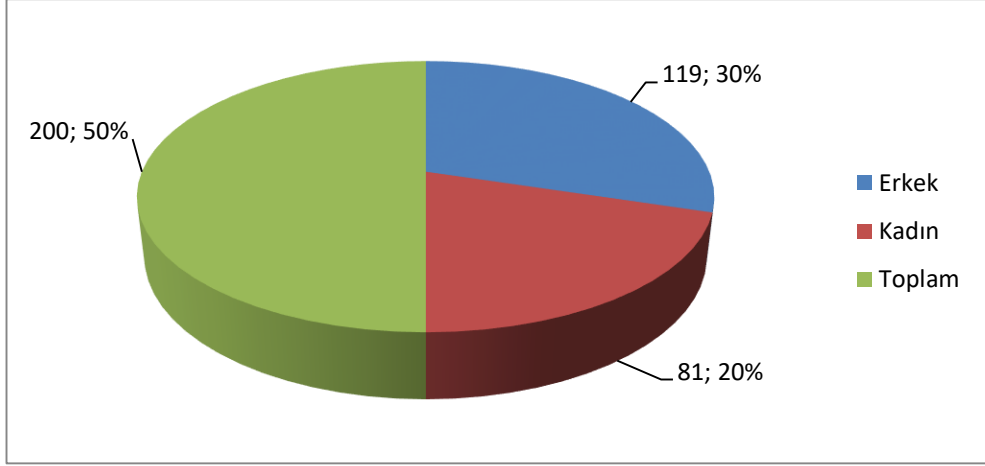
4.7.1.1.1. Araştırmaya Katılan Hastaların Cinsiyet Dağılımının İncelenmesi

Aşağıdaki Tablo 7 ve Şekil 1’de araştırmaya katılanların cinsiyetlerine ait veriler görülmektedir.

Tablo 8: Katılımcıların Cinsiyeti

Cinsiyet	Frekans	Yüzde(%)
Erkek	119	59,5
Kadın	81	40,5
Toplam	200	100,0

Şekil 1: Katılımcıların Cinsiyeti



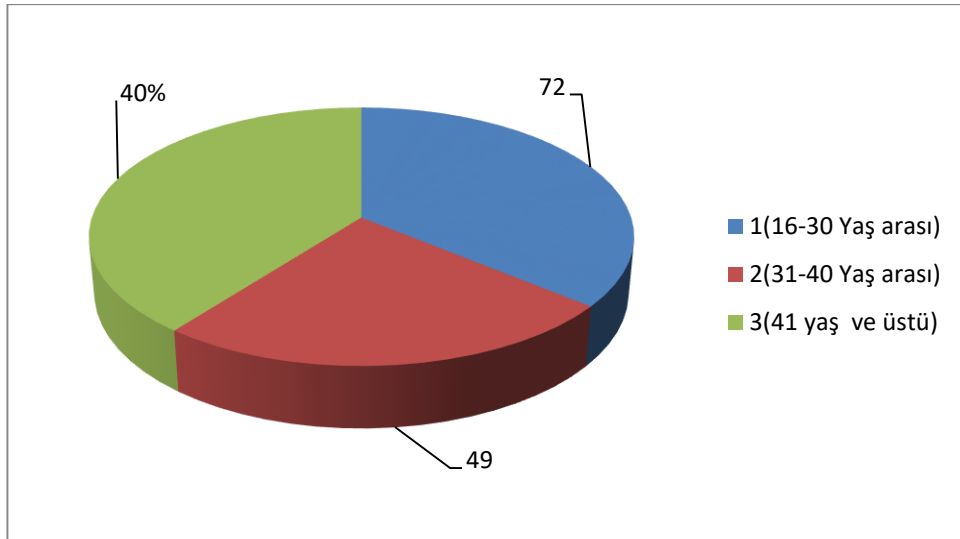
Araştırmaya katılan hastaların cinsiyet dağılımı bu soruyla tespit edilmeye çalışılmıştır. Tablo 7 ve Şekil 1’de görüldüğü gibi bu soruya cevap veren hastaların 119’ unun yani % 59,5’inin erkek; 81’inin yani % 40,5’inin ise kadın hastalardan oluştuğu görülmektedir.

4.7.1.1.2. Araştırmaya Katılan Hastaların Yaş Aralığının İncelenmesi

Tablo 9: Katılımcıların Yaş Aralığı

Yaş Aralığı	Frekans	Yüzde(%)
1(16-30 Yaş arası)	72	36,0
2(31-40 Yaş arası)	49	24,5
3(41 yaş ve üstü)	79	39,5
Toplam	200	100,0

Şekil 2: Katılımcıların Yaş Aralığı



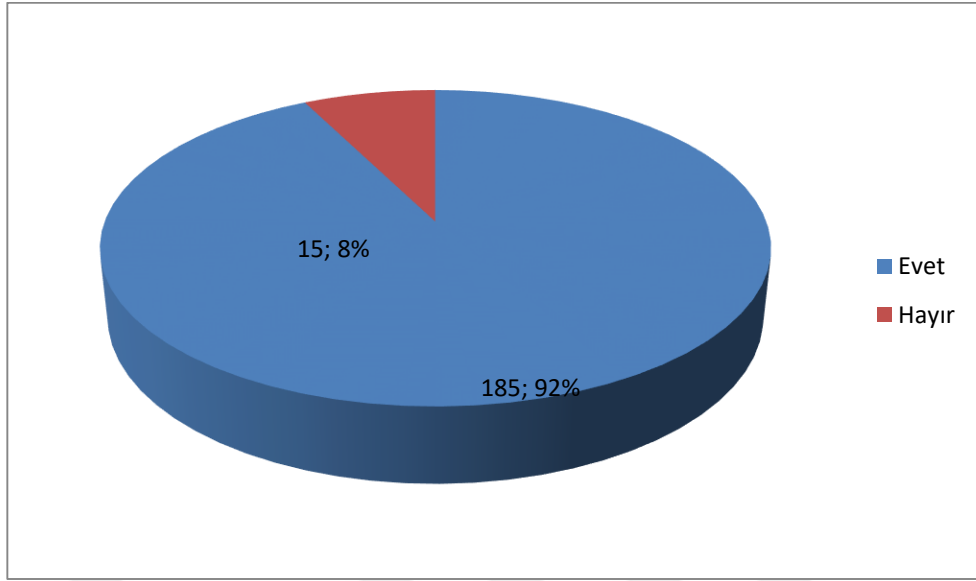
Araştırmaya katılan 200 hastanın yaş aralıklarına göre tayini için yapılan analiz sonucu ortaya çıkan verilerin yer aldığı Tablo 8’de ve Şekil 2’de hastaların 72’sinin yani % 36’sının 16-30 yaş aralığında, 49’nun yani % 24,5’inin 31-40 yaş aralığında ve 79’unun yani diğer bir deyişle % 39,5’inin 41 yaş üstünde olduğu görülmektedir. Bu sayı bize ortalama bir yaşın üzerinde olan hastalarda yaş ilerlemesine bağlı olan hastalıklar nedeniyle beklenen yüksek sonucu göstermektedir.

4.7.1.1.3. Araştırmaya Katılan Hastaların Eğitim Durumunun İncelenmesi

Tablo 10: Katılımcıların Eğitim Durumu

Eğitim Durumu	Frekans	Yüzde(%)
1(Lise ve altı)	90	45,0
2(Üniversite eğitim)	110	55,0
Toplam	200	100,0

Şekil 3: Katılımcıların Eğitim Durumu



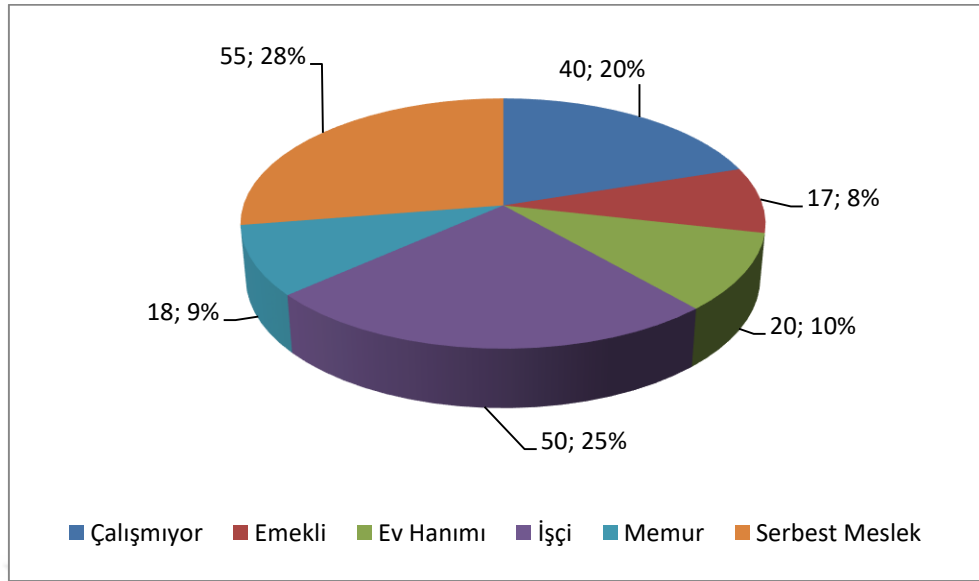
Anket çalışmasında şehir hastanesinden sağlık hizmetini alan katılımcı hastalara sorulan bu soruyla hastaların eğitim düzeyleri tespit edilmeye çalışılmıştır. Tablo 9’ da analizi yapılarak frekans ve yüzdesi hesaplanan ve Şekil 3’ te çizilen grafikte görüldüğü gibi bu soruya cevap veren 200 hastadan 90’nının yani % 45’inin eğitim düzeyi lise ve altı, 110’ unun yani % 55’inin üniversite mezunu veya üstü olduğu görülmektedir.

4.7.1.1.4. Araştırmaya Katılan Hastaların Meslek Gruplarının İncelenmesi

Tablo 11: Katılımcıların Meslek Grupları

Meslek Grupları	Frekans	Yüzde
Çalışmıyor	40	20,0
Emekli	17	8,5
Ev Hanımı	20	10,0
İşçi	50	25,0
Memur	18	9,0
Serbest Meslek	55	27,5
Toplam	200	100,0

Şekil 4: Katılımcıların Meslek Grupları



Bu soruyla araştırmaya katılan hastaların meslek grupları tespit edilmeye çalışılmıştır. Tablo 10 ve Şekil 4’de görüldüğü gibi bu soruya cevap veren hastaların 40’ının yani % 20’sinin her hangi bir işte çalışmadığı, 17’sinin yani % 8,5’inin emekli olduğu, 20’sinin yani % 10’unun ev hanımı olduğu, 50’ sinin yani % 25’inin işçi olduğu, 18’inin yani % 9’unun memur olduğu ve 55’ inin yani % 27,5’ inin ise serbest meslek sahibi olduğu görülmektedir. Bu sonuçlara göre hastaların büyük bölümünü % 20’lik bir oranla herhangi bir işte çalışmayanların, % 25’lik bir oranla işçi kesiminin, % 27,5’lik bir oranla da serbest meslek sahiplerinin oluşturduğu tespit edilmiştir.

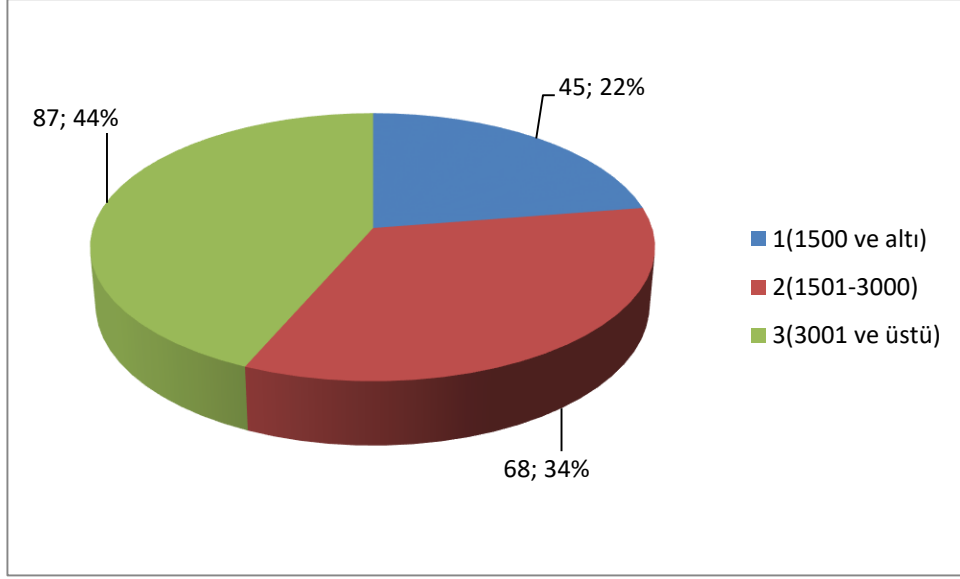
4.7.1.1.5. Araştırmaya Katılan Hastaların Gelir Düzeylerinin İncelenmesi

Aşağıdaki Tablo 11 ve Şekil 5’ de araştırmaya katılanların gelir durumlarına ait veriler görülmektedir.

Tablo 12: Katılımcıların Gelir Durumu

Gelir Durumu	Frekans	Yüzde
1(1500 ve altı)	45	22,5
2(1501-3000)	68	34,0
3(3001 ve üstü)	87	43,5
Toplam	200	100,0

Şekil 5: Katılımcıların Gelir Durumu



Araştırmaya katılan hastaların gelir düzeyleri anketteki bu soruyla tespit edilmeye çalışılmıştır. Tablo 11 ve Şekil 5' de görüldüğü gibi bu soruya cevap veren hastaların 45'inin yani % 22,5'inin 1500 Türk Lirası ve altında, 68'inin yani % 34'ünün 1501- 3000 TL aralığında, 87'sinin yani % 43,5'inin ise 3001 ve daha fazla bir gelire sahip olduğu görülmektedir. Bu sonuca göre hastaların çok büyük bir kısmının yani yaklaşık % 87'lik bir kısmının gelir düzeyinin 3001 Türk Lirası ve üstünde olduğu görülmektedir. Bu tablodan yola çıkarak, asgari ücretin yaklaşık olarak 2800-3000 Türk Lirası civarında olduğu düşünüldüğünde ise hastaların yaklaşık % 34'lük kısmının asgari ücret ve altı bir gelire sahip olduğu dikkati çekmektedir. Bu araştırmanın % 22,5' lik kısmını oluşturan 1500 Türk Lirası ve altında gelire sahip olanların büyük çoğunluğunu ise devletten veya özel kuruluşların yaptığı yardım parasıyla geçinen veya aileden herhangi birinin ölüm veya boşanma nafakası gibi sebeplerle kendilerine ödenmesiyle gerçekleşen bütçe oluşturmaktadır.

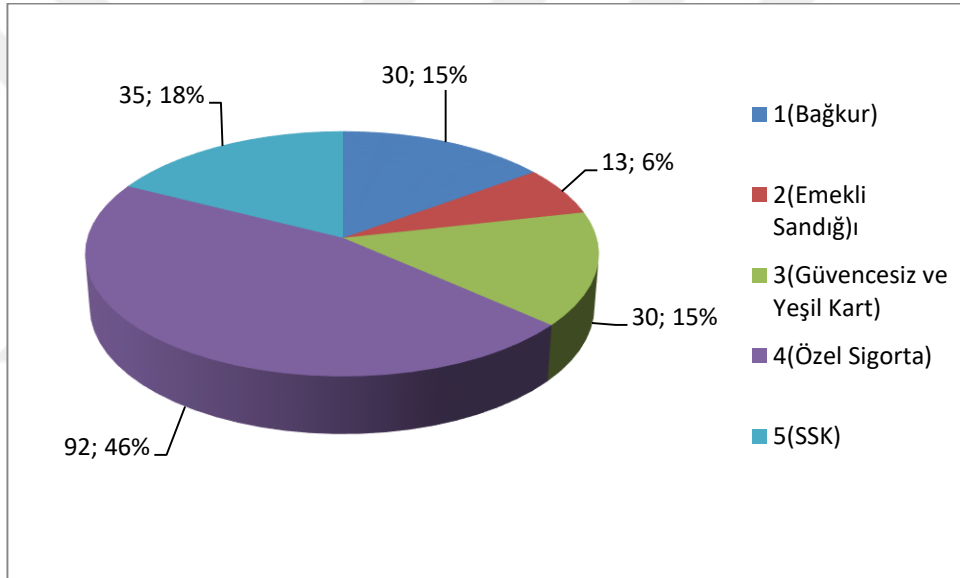
4.7.1.1.6. Araştırmaya Katılan Hastaların Sahip Oldukları Sosyal Güvencelerinin İncelenmesi

Aşağıdaki Tablo 12 ve Şekil 6, katılımcıların sosyal güvenlik verilerini göstermektedir.

Tablo 13: Katılımcıların Sahip oldukları Sosyal Güvenceler

Sosyal Güvence	Frekans	Yüzde
1(Bağkur)	30	15,0
2(Emekli Sandığı)	13	6,5
3(Güvencesiz ve Yeşil Kart)	30	15,0
4(Özel Sigorta)	92	46,0
5(SSK)	35	17,5
Toplam	200	100,0

Şekil 6: Katılımcıların Sahip oldukları Sosyal Güvenceler



Bu soru ile araştırmaya katılan hastaların sağlık sigortası kapsamı belirlenmeye çalışılmıştır. Tablo 12 ve Şekil 6'da görüldüğü gibi bu soruya cevap veren hastaların 30'unun yani % 15'inin Bağkur, 13'ünün yani % 6,5'inin Emekli Sandığı, 30'unun yani % 15'inin Güvencesiz veya Yeşil Kartlı olduğu, 92' sinin yani %46'sının Özel Sigortası olduğu ve 35'inin yani %17,5'inin Sosyal Sigortalar Kurumunun güvencesine sahip oldukları görülmektedir.

Bu sonuca göre hastaların büyük bölümünün son yıllarda sayıları artan özel sigorta şirketlerinin müşterisi oldukları ve sosyal güvenceye sahip kişiler içinde % 46'lık bir oranla en yüksek oranı oluşturdukları ortaya çıkmaktadır. SSK sosyal güvencesine sahip olanların oranı 17,5 iken, herhangi bir güvencesi olmayanların ve yeşil kart sahibi olanlar ile Bağkurlu olanların oranı %15'tir. Emekli Sandığından

yararlananların oranı ise % 6,5 olarak tespit edilmiştir. Bu araştırmada herhangi bir sosyal güvenceye sahip olmayanların oranının %15 ile dikkat çekici bir noktada olduğu bu tablo üzerinden izah edilebilmektedir.

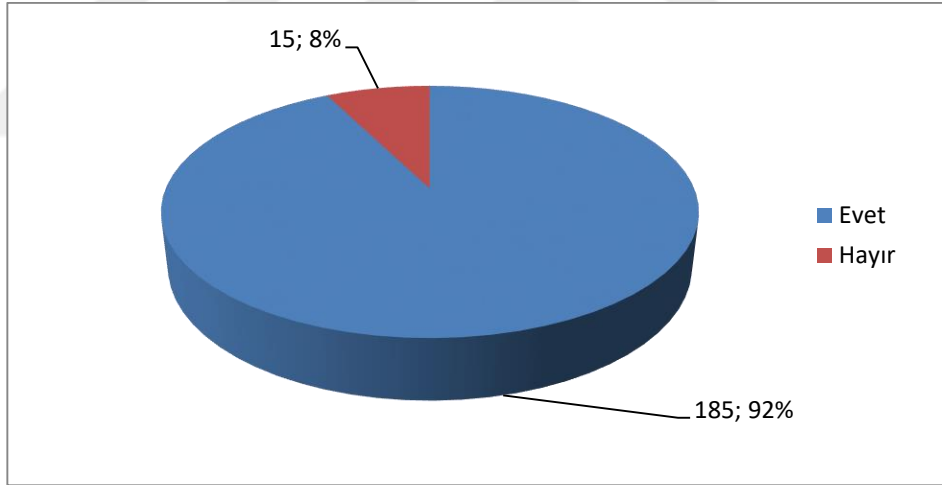
4.7.1.1.7. Araştırmaya Katılan Hastaların Randevu Alma Durumlarının İncelenmesi

Aşağıdaki Tablo 13 ve Şekil 7’de araştırmaya katılanların randevu alma durumlarına ait veriler görülmektedir.

Tablo 14: Katılımcıların Randevu Alma Durumu

Randevu Alma	Frekans	Yüzde
Evet	185	92,5
Hayır	15	7,5
Toplam	200	100,0

Şekil 7: Katılımcıların Randevu Alma Durumu



Bu soruyla araştırmaya katılan hastaların hastaneden hizmet alabilmek için randevu alıp almadıkları tespit edilmeye çalışılmıştır. Tablo 13 ve Şekil 7’de görüldüğü gibi bu soruya cevap veren hastaların 185’inin yani % 92,5’inin hastaneden hizmet almak için randevu aldıklarını, 15’inin yani % 7,5’inin hastaneden hizmet almak için herhangi bir randevu almadıklarını ifade etmektedirler.

Sağlık Bakanlığı sağlıkta dönüşüm kapsamında 2010 yılında Merkezi hekim Randevu Sistemi(MHRS) adı altında internet ortamında veya yine aynı yıl hizmete alınan ALO 182 çağrı merkezi üzerinden hastaların muayene olmak istedikleri bölümlerden hastaneye gelmeden ve hastanelerde beklemeden randevularını

istedikleri gün ve saat için almaları konusunda bir hizmet sunmaya başlamıştır. Bu hizmetle hastanelerde yoğunluğun azaltılması amaçlanmıştır. Dolayısıyla yaptığımız anket çalışmasında bu konudaki soruya verilen cevaplar ile randevu alma oranı % 92,5 gibi hayli yüksek sayılacak oranda gözlenmiştir. Yani sağlıkta hizmet alan vatandaşların büyük çoğunluğunun verdikleri cevaplara bakılarak randevu sistemini benimsediklerini ortaya koymak açısından anketimizin memnuniyet verici oranda gerçeği vurguladığı ortaya çıkmıştır.

4.7.2. Sağlık Hizmetleri Memnuniyeti Ölçen İfadelerin Gruplandırılması

Faktör analizi, grup halindeki değişkenler arasındaki ilişkilere bakılarak elde edilen verilerin anlamlandırılmış ve özetlenmiş çok değişkenli analiz türü olarak açıklanabilir. Faktör analizini yapmaktaki amaç aralarında ilişki bulunduğu düşünülen çok sayıdaki değişken arasındaki ilişkilerin anlaşılmasını ve yorumlanmasını kolaylaştırmak için değişkenlerin sayısını azaltarak özetlemektir. Burada faktör analizinin temel amaçlarından ilki değişken sayısını azaltmak, ikincisi ise değişkenler arasındaki ilişkilerden yararlanarak bazı yeni yapılar ortaya çıkarmaktır. Faktör analizi değişkenler arasındaki ilişkilerin doğrusal olması nedeniyle regresyon, ayırma ve varyans analizlerinden farklıdır. Bu analizlerde bir bağımlı değişken karşısında bir veya birden fazla bağımsız değişken bulunmaktadır. Faktör analizinde ise karşılıklı bağıllık vardır (Nakip, Yaraş, 2017). Yani, faktör analizi yöntemiyle çok sayıdaki değişkeni az sayıdaki değişkene indirgeyebilmek mümkündür.

Faktör analizi yapabilmek için; verilerin uygunluğu, faktörlerin elde edilmesi, faktörlerin rotasyonu ve faktörlerin isimlendirilmesi gerekmektedir. Verilerin faktör analizi için uygunluğunun değerlendirilmesinde analizde kullanılan tüm değişkenler için korelasyon katsayılarına bakılır. Barlett Testi ile değişkenlerin arasında korelasyon olma olasılığı test edilir. Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) örneklem yeterliliği ölçütünün 0.50'nin üzerinde olması gerekir. Faktör analizi, tüm veri yapıları için uygun olmayabilir. Verilerin, faktör analizi için uygunluğu Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) katsayısı ve Barlett Sphericity Testi ile incelenebilir. Alınan örneklem korelasyonunun güvenilirliğini sağlayacak kadar büyük olması gerekmektedir. Bunu belirlemek için de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) testi yapılır. KMO'nun 1'e yaklaşan değeri faktör analizinin yapılabileceğini, 0,5' in altındaki değer ise faktör analizinin yapılamayacağını belirtir. Barlett testinin de anlamlı olabilmesi için $p < 0.05$ olması

gereklidir (Tabachnick ve Fidell, 2013). Test yapılamıyor ise örneklem büyüklüğünün değişken sayısının 5-10 katı olması gerekir.

Faktör analizinde F01 anket formundaki 10, 11, 12 ve 13'üncü ifadeleri "Bekleme Süresi" adı altında tanımlanmaktadır. F02 ifadesi anket formundaki 1, 2, 3 ifadelerini "Çağrı Merkezi ve Randevu Kolaylığı" başlığıyla açıklanmaktadır. F03 5, 19 ve 20'nci ifadeler yapısına bakılarak "Küresel Standartlara Uygun" adı verilmiştir. F04 7, 8 ve 18'inci ifadelerin yapısına bakılarak "Rahat Ortam" olarak adlandırılmıştır. F05 9,4 ve 17'inci ifadelerin yapısına bakılarak "Muayene Tercihi" olarak adlandırılmıştır. Son olarak F06 ifadesi 6, 14, 15 ve 16'ıncı ifadeler cümle yapısına bakılarak Birim Kalitesi ve Hasta Bilinci" olarak adlandırılmıştır.

4.7.2.1.1. Hastaların Hastane Hizmetlerini Değerlendirme Verilerine Göre Test Analizi

Tablo 15: KMO and Bartlett's Testi

Kaiser-Meyer-Olkin Örnekleme Yeterliliği Ölçümü		,553
Küresel Bartlett testi	Ki kare	775,048
	Sd	190
P<0.01	P	,000

- Tablo 14'deki **Kaiser-Meyer-Olkin** Testinin sonucu 0,50'den büyük çıkmıştır. Yani yapılan test sonucunda KMO değeri 0,553 olarak tespit edilmiştir.
- Bartlett Testi için yapılan analiz sonucuna bakıldığında ise $p=0,000$ değeri elde edildiği için test sonucunun anlamlı çıktığı gözlemlenmiştir. Buna göre elde edilen verilerin faktör analizi yapmak için uygun olduğu söylenebilmektedir.

4.7.2.2. Araştırmaya Katılan Hastaların Sağlık Hizmeti Aldıkları Kurum İle İlgili Genel Hizmet Değerlendirme Demografik Yapılarına Göre İncelenmesi

Araştırma kapsamında Ankara İli, Çankaya ilçesinde bulunan Bilkent Şehir hastanesinden sağlık hizmeti alan hastaların poliklinik ve danışma personelinin verdikleri hizmetleri değerlendirme bilgilerine ait veriler aşağıda verilmiştir. Buna göre, hastaların hastaneden memnun olma düzeylerinin demografik özelliklerine göre

farklılık gösterip göstermediği aşağıda belirtilen hipotezler doğrultusunda incelenmesi yapılmıştır.

4.7.2.2.1. Hastaların Danışma ve Poliklinik Personelini Değerlendirme Verilerinin Cinsiyete Göre İncelenmesi

Hastaların danışma ve poliklinik personelinden memnun olma düzeylerinin cinsiyete göre farklılık gösterip göstermediği 200 kişiden elde edilen veri üzerinde araştırılmıştır. Örneklemeye ilişkin tek yönlü faktör analizi sonucu aşağıdaki tabloda yer almaktadır.

Tablo 16: Hastaların Danışma ve Poliklinik Personelini Değerlendirme Verilerinin Cinsiyete göre İncelenmesi

Cinsiyet ANOVA					
Kaynak(Genel)	Kareler Toplamı	Sd	Ortalama Kare	F İstatistiği	Anlamlılık Düzeyi
Gruplar Arası	8,210	1	8,210	6,862	,009
Grup İçi	236,887	198	1,196		
Toplam	245,097	199			

Hastaların danışma ve poliklinik personelini değerlendirme verilerinin tek yönlü varyans analizi için hipotezler;

H₁: Ankara İli Çankaya İlçesi sınırları içinde kalan Bilkent Şehir Hastanesinden yararlanan hastaların tatmin düzeylerinin tespit edilmesi şeklindedir. Bu hastaneden sağlık hizmeti alan hastaların memnun olma düzeylerinin demografik özelliklere göre değişmektedir. H_{1.1}: Hastaların hastaneden memnun olma düzeyleri cinsiyetlerine göre farklılık göstermektedir.

ANOVA tablosu incelendiğinde, "Anlamlılık" Yani "P" değeri $0.05 > 0.009$ olduğu için tek yönlü varyans analizi için olan H_{1.1} hipotezi kabul edilir. Yani hastaların danışma ve poliklinik hizmetlerinden memnuniyet düzeyleri cinsiyetlerine göre farklılık göstermektedir.

Hangi grupların ortalamaları arasında farklılıklar olduğunu tesbit edebilmek için sonraki tabloya bakılır.

Tanımlayıcı İstatistik Cinsiyet								
	N	Değer	Std. Sapma	Std. Hata	95% Güven Aralığı		Min.	Max.
					Alt Sınır	Üst Sınır		
1(Kadın)	81	3,6872	1,01564	,11285	3,4627	3,9118	1,00	5,00
2(Erkek)	119	3,2745	1,14376	,10485	3,0669	3,4821	1,00	5,00
Toplam	200	3,4417	1,10979	,07847	3,2869	3,5964	1,00	5,00

Burada "Tanımlayıcı İstatistikler" tablosu incelendiğinde Kadın ve Erkek grup ortalamaları arasında cinsiyet açısından kadın hastalarla erkek hastalar arasında fark olduğu ortaya çıkmıştır. Ortalamalara bakıldığında kadın hastaların erkeklere nazaran danışma ve poliklinik hizmetlerinden daha çok memnun oldukları anlaşılmaktadır.

4.7.2.2.1.1. Hastaların Danışma ve Poliklinik Personelini Değerlendirme Verilerinin Yaşa göre İncelenmesi

Hastaneye başvuran hastaların memnuniyet düzeylerinin yaş gruplarına göre farklılık gösterip göstermediği 200 kişiden elde edilen verilere dayanılarak çalışılmıştır. Örneklemin tek yönlü faktör analizi sonuçları aşağıdaki tabloda verilmiştir.

Tablo 17: Hastaların Danışma ve Poliklinik Personelini Değerlendirme Verilerinin Yaşa Göre İncelenmesi

Yaş ANOVA					
Kaynak(Genel)	Kareler toplamı	Sd	Ortalama Kare	F İstatistiği	Anlamlılık Düzeyi
Gruplar Arası	14,292	2	7,146	6,099	,003
Grup İçi	230,806	197	1,172		
Toplam	245,097	199			

Tek Faktörlü Varyans Analizi sonuçlarına göre anlamlılık değeri $p = 0,003$ olarak bulunmuştur. P değeri küçüldükçe istatistiksel olarak anlamlı farklılık kanıtlanmış olacağından buradaki farklı yaş gruplarındaki hastaların hastaneden memnun olma düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p < 0,05$). Diğer bir deyişle, hastane poliklinik ve konsültasyon hizmetlerinden hasta memnuniyeti yaş gruplarına göre değişiklik göstermiştir. Bu sonuca göre " $H_{1,2} =$ Hastaların Hastaneden

memnun olma düzeyleri yaş gruplarına göre farklılık göstermektedir" hipotezi geçerlidir.

Tanımlayıcı İstatistik Yaş								
Yaş Aralığı	N değeri	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma	Standart Hata	95% Güven Aralığı		Min	Max
					Alt Sınır	Üst Sınır		
Gençler (16-30)	72	3,2130	1,05306	,12410	2,9655	3,4604	1,00	5,00
2.Orta Yaş (31- 40)	49	3,2449	1,14215	,16316	2,9168	3,5730	1,00	5,00
3.Olgun (41 Yaş ve Üstü)	79	3,7722	1,07091	,12049	3,5323	4,0120	1,33	5,00
Toplam	200	3,4417	1,10979	,07847	3,2869	3,5964	1,00	5,00

Bu sonuca göre; olgun yaş grubu, yaşlılığın getirdiği rahatsızlıklar nedeniyle hastanelere daha sık başvurdukları için genç ve orta yaş gruplarına nazaran aldıkları sağlık hizmetlerinden memnuniyetlerini ifade etmektedirler diye yorumlanabilmektedir. Başka bir ifadeyle hastaların yaşı ilerledikçe danışma ve poliklinik hizmetlerinden memnuniyet artmaktadır.

4.7.2.2.2. Hastaların Danışma ve Poliklinik Personelini Değerlendirme Verilerinin Eğitime Göre İncelenmesi

Hastaların hastaneden memnuniyetlerinin eğitim durumlarına göre farklılık gösterip göstermediği 200 kişiden elde edilen veriler üzerinde çalışılmıştır. Örneklemenin tek yönlü faktör analizi sonuçları aşağıdaki tabloda verilmiştir.

Tablo 18: Hastaların Danışma ve Poliklinik Personelini Değerlendirme Verilerinin Eğitime Göre İncelenmesi

Eğitim ANOVA					
Kaynak(Genel)	Kareler Toplamı	Sd	Ortalama Kare	F İstatistiği	Anlamlılık Düzeyi
Gruplar Arası	1,062	1	1,062	,862	,354
Grup İçi	244,035	198	1,233		
Toplam	245,097	199			

Tek Faktörlü Varyans Analizi sonuçlarına göre anlamlılık değeri $p = 0,354$ olarak bulunmuştur. Buna göre farklı eğitim düzeyine sahip hastaların memnuniyet düzeyleri arasında anlamlı bir fark yoktur ($p > 0.05$). Diğer bir deyişle, hastaların danışma ve poliklinik personelinden memnuniyetleri eğitim düzeyine göre farklılık göstermemiştir. Bu sonuca göre " $H_{1.3}$ = Hastaların danışma ve poliklinik personelinden memnun olma düzeyleri eğitim durumuna göre farklılık göstermemektedir" hipotezi geçerlidir. Sebep olarak eğitim durumunun doğrudan sağlık hizmetiyle ilişkisi bulunmamaktadır.

4.7.2.2.3. Hastaların Danışma ve Poliklinik Personelini Değerlendirme Verilerinin Gelire Göre İncelenmesi

Hastaların hastaneden memnuniyet düzeylerinin gelir durumlarına göre farklılık gösterip göstermediği 200 kişiden elde edilen verilere dayanılarak çalışılmıştır. Örneklemin tek yönlü faktör analizi sonuçları aşağıdaki tabloda verilmiştir.

Tablo 19: Hastaların Danışma ve Poliklinik Personelini Değerlendirme Verilerinin Gelire Göre İncelenmesi

Gelir ANOVA					
Kaynak(Genel)	Kareler Toplamı	Sd	Ortalama Kare	F İstatistiği	Anlamlılık Düzeyi
Gruplar Arası	,357	2	,178	,144	,866
Grup İçi	244,740	197	1,242		
Toplam	245,097	199			

Tek Faktörlü Varyans Analizi sonuçlarına göre anlamlılık değeri $p = 0,866$ olarak bulunmuştur. Buna göre farklı gelir düzeylerine sahip hastaların hastaneden memnun olma düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık yoktur ($p > 0,05$). Başka bir ifade ile hastaların danışma ve poliklinik personelinden duydukları memnuniyet gelir durumlarına göre farklılık göstermemektedir. Bu sonuca göre:

" $H_{1.5}$ = Hastaların hastaneden memnun olma düzeyleri gelir durumlarına göre farklılık göstermemektedir" hipotezi geçerlidir. Şehir hastanesinden alınan tüm sağlık hizmetlerinin özel ya da resmi olmasının gelir bakımından sınırlayıcı bir koşulu yoktur. Dolayısıyla gelir durumlarına göre hastalara verilen hizmette ayrımcılık olmadığı sonucu ortaya çıkmaktadır.

4.7.2.2.4. Hastaların Danışma ve Poliklinik Personelini Değerlendirme

Verilerinin Güvenceye Göre İncelenmesi

Hastaların Hastaneden memnun olma düzeylerinin güvenceye göre farklılık gösterip göstermediği 200 kişiden elde edilen veri üzerinde araştırılmıştır. Örneklemeye ilişkin tek yönlü faktör analizi sonucu aşağıdaki tabloda yer almaktadır.

Tablo 20: Hastaların Danışma ve Poliklinik Personelini Değerlendirme Verilerinin Güvenceye Göre İncelenmesi

Güvence ANOVA					
Kaynak(Genel)	Kareler Toplamı	Sd	Ortalama Kare	F İstatistiği	Anlamlılık Düzeyi
Gruplar Arası	8,166	4	2,042	1,680	,156
Grup İçi	236,931	195	1,215		
Toplam	245,097	199			

Tek Faktörlü Varyans Analizi sonuçlarına göre anlamlılık değeri $p= 0,156$ olarak bulunmuştur. Buna göre farklı güvenceye sahip gruplardaki hastaların hastaneden memnun olma düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p > 0,05$). Başka bir ifade ile hastaların danışma ve poliklinik personelinden duydukları memnuniyet farklı güvenceye sahip gruplara göre farklılık göstermemektedir. Bu sonuca göre " $H_{1.4}$ = Hastaların hastaneden memnun olma düzeyleri farklı güvenceye sahip gruplara göre farklılık göstermemektedir" hipotezi geçerlidir. Dolayısıyla hastalara verilen hizmetin kalitesi ve kapsamı değişmediğinden burada hastanın sahip olduğu güvence faktörü çok önemli değildir şeklinde yorum yapılabilmektedir.

4.7.2.2.5. Hastaların Doktor ve Sağlık Personelini Değerlendirme

Verilerinin Cinsiyete Göre İncelenmesi

Hastaların hastaneden memnun olma düzeylerinin güvenceye göre farklılık gösterip göstermediği 200 kişiden elde edilen veri üzerinde araştırılmıştır. Örneklemeye ilişkin tek yönlü faktör analizi sonucu aşağıdaki tabloda yer almaktadır.

Tablo 21: Hastaların Doktor ve Sağlık Personelini Değerlendirme Verilerinin Cinsiyete Göre İncelenmesi

Cinsiyet ANOVA					
Kaynak(Genel)	Kareler Toplamı	Sd	Ortalama Kare	F İstatistiği	Anlamlılık Düzeyi
Gruplar Arası	,186	1	,186	,409	,523
Grup İçi	89,931	198	,454		
Toplam	90,117	199			

Bağımsız örneklem T Testi sonucuna göre anlamlılık düzeyi $p = 0,523$ olarak bulunmuştur. Elde edilen bulgulara göre hastaların doktor ve sağlık personelinin memnun olma düzeyleri ile cinsiyetleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p > 0,05$). Başka bir ifade ile hastaların doktor ve sağlık personelinin duydukları memnuniyet hastaların cinsiyetlerine göre farklılık göstermemektedir. Bu sonuca göre, " $H_{1,6}$ =Hastaların doktor ve diğer sağlık personelinin memnun olma düzeyleri cinsiyetlerine göre farklılık göstermemektedir" hipotezi geçerlidir. Yani, kadın ve erkek grupları arasında fark gözlenmediğinden hastaların doktor ve sağlık personelinin memnuniyetleri cinsiyete göre önemli değildir yorumu yapılabilmektedir.

4.7.2.2.6. Hastaların Doktor ve Sağlık Personelini Değerlendirme Verilerinin Eğitime Göre İncelenmesi

Hastaların hastaneden memnuniyetlerinin eğitim düzeyine göre değişip değişmediği 200 kişiden elde edilen verilere dayanılarak araştırılmıştır. Örneklemin tek yönlü faktör analizi sonuçları aşağıdaki tabloda verilmiştir.

Tablo 22: Hastaların Doktor ve Sağlık Personelini Değerlendirme Verilerinin Eğitime Göre Tek Faktörlü Varyans (ANOVA) Analizi

Eğitim ANOVA					
Kaynak(Genel)	Kareler Toplamı	Sd	Ortalama Kare	F İstatistiği	Anlamlılık Düzeyi
Gruplar Arası	1,659	1	1,659	3,714	,055
Grup İçi	88,458	198	,447		
Toplam	90,117	199			

Tek Faktörlü Varyans Analizi sonuçlarına göre anlamlı değer $p = 0,55$ olarak saptanmıştır. Dolayısıyla farklı eğitim düzeylerindeki hastaların doktor ve sağlık personelinin memnuniyet düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık yoktur ($p > 0,05$).

Diğer bir deyişle hastanedeki hasta memnuniyeti eğitim düzeyine göre farklılık göstermemiştir. Bu sonuca göre " $H_{1.7}$ = Hastaların hastaneden memnun olma düzeyleri eğitim durumuna göre farklılık göstermemektedir" hipotezi doğrudur. Buradan kadın ve erkek hastaların eğitim düzeylerinin hastanenin muayene ve diğer hizmetlerinden memnuniyetlerine bağlı olmadığı anlaşılmaktadır.

4.7.2.2.7. Hastaların Doktor ve Sağlık Personelini Değerlendirme Verilerinin Gelire Göre İncelenmesi

Hastaların hastaneden memnuniyet düzeylerinin gelirlerine göre farklılık gösterip göstermediği 200 kişiden elde edilen verilere dayanılarak çalışılmıştır. Örneklemin tek yönlü faktör analizi sonuçları aşağıdaki tabloda verilmiştir.

Tablo 23: Hastaların Doktor ve Sağlık Personelini Değerlendirme Verilerinin Gelire Göre İncelenmesi

Gelir ANOVA					
Kaynak(Genel)	Kareler Toplamı	Sd	Ortalama Kare	F İstatistiği	Anlamlılık Düzeyi
Gruplar Arası	1,617	2	,809	1,800	,168
Grup İçi	88,500	197	,449		
Toplam	90,117	199			

Tek Faktörlü Varyans Analizi sonuçlarına göre anlamlılık değeri $p = 0,168$ olarak bulunmuştur. Buna göre farklı gelir düzeylerindeki hastaların doktor ve sağlık personelinden memnun olma düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p > 0,05$). Başka bir ifade ile hastaların doktor ve sağlık personelinden duydukları memnuniyet gelir durumlarına göre farklılık göstermemektedir. Bu sonuca göre " $H_{1.8}$ = Hastaların doktor ve sağlık personelinden memnun olma düzeyleri gelir durumlarına göre farklılık göstermemektedir" hipotezi geçerlidir. Yani gelire göre doktor ve sağlık personelinden memnuniyetleri ile gelir düzeyi arasında bir ilişki gözlenmemektedir.

4.7.2.2.8. Hastaların Doktor ve Sağlık Personelini Değerlendirme Verilerinin Güvenceye Göre İncelenmesi

Hastaların hastaneden memnuniyet düzeylerinin güvenceye göre farklılık gösterip göstermediği 200 kişiden elde edilen verilere dayanılarak çalışılmıştır. Örneklemenin tek yönlü faktör analizi sonuçları aşağıdaki tabloda verilmiştir.

Tablo 24: Hastaların Doktor ve Sağlık Personelini Değerlendirme Verilerinin Güvenceye Göre İncelenmesi

Güvence ANOVA					
Kaynak(Genel)	Kareler Toplamı	Sd	Ortalama Kare	F İstatistiği	Anlamlılık Düzeyi
Gruplar Arası	6,319	4	1,580	3,676	,007
Grup İçi	83,798	195	,430		
Toplam	90,117	199			

Tek Faktörlü Varyans Testi sonuçlarına bakıldığında anlamlılık $p = 0,007$ olarak bulunmuştur. Bu sonuca göre farklı güvenceye sahip gruplardaki hastaların doktor ve sağlık personelinden memnuniyet seviyeleri arasında anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p < 0,05$). Başka bir deyişle hastaların doktor ve sağlık personelinden duydukları memnuniyet farklı güvenceye sahip gruplara göre fark göstermektedir. Bu sonuca göre " $H_{1.9}$ = Hastaların hastaneden memnun olma düzeyleri farklı güvenceye sahip gruplara göre farklılık göstermektedir" hipotezi geçerlidir. Buna göre aritmetik ortalamalar için aşağıdaki tabloya bakılması gerekmektedir.

Tanımlayıcı İstatistik Güvence								
	N değeri	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma	Standart Hata	95% Güven Aralığı		Min.	Max.
					Alt Sınır	Üst Sınır		
1(Bağkur)	30	3,5875	,58368	,10656	3,3696	3,8054	2,63	4,75
2(Emekli Sandığı)	13	3,6923	1,03533	,28715	3,0667	4,3180	2,50	4,88
3Güven cesiz ve Yeşil Kart)	30	4,0417	,49167	,08977	3,8581	4,2253	3,13	4,88
4(Özel Sigorta)	92	3,5245	,64414	,06716	3,3911	3,6579	2,13	4,88
5(SSK)	35	3,5750	,69213	,11699	3,3372	3,8128	2,38	4,88
Toplam	200	3,6313	,67294	,04758	3,5374	3,7251	2,13	4,88

Şefe Testi Güvence						
(I) Guvence	(J) Guvence	Fark (I-J)	Standart Hata	Anlamlılık	95% Güven Aralığı	
					Alt Sınır	Üst Sınır
1(Bağkur)	2	-,10481	,21767	,994	-,7818	,5721
	3	-,45417	,16926	,130	-,9806	,0722
	4	,06304	,13782	,995	-,3656	,4917
	5	,01250	,16310	1,000	-,4947	,5197
2(Emekli Sandığı)	1	,10481	,21767	,994	-,5721	,7818
	3	-,34936	,21767	,632	-1,0263	,3276
	4	,16785	,19424	,945	-,4362	,7719
	5	,11731	,21292	,989	-,5449	,7795
3(Güvencesiz ve yeşil Kart)	1	,45417	,16926	,130	-,0722	,9806
	2	,34936	,21767	,632	-,3276	1,0263
	4	,51721*	,13782	,008	,0886	,9458
	5	,46667	,16310	,089	-,0406	,9739
4(Özel Sigorta)	1	-,06304	,13782	,995	-,4917	,3656
	2	-,16785	,19424	,945	-,7719	,4362
	3	-,51721*	,13782	,008	-,9458	-,0886
	5	-,05054	,13019	,997	-,4554	,3543
5(SSK)	1	-,01250	,16310	1,000	-,5197	,4947
	2	-,11731	,21292	,989	-,7795	,5449
	3	-,46667	,16310	,089	-,9739	,0406
	4	,05054	,13019	,997	-,3543	,4554

Güvenceye göre doktor ve sağlık personeli incelendiğinde güvencesiz ve yeşil kartlı olanların 4,04 oranıyla, özel sigortaya göre 3,52 daha çok memnun oldukları gözlenmektedir. Buradaki analiz göre, hastalardan yeşil kartlıların sağlık hizmeti aldıkları doktor ve sağlık personelinin verdikleri hizmeti, yaklaşımlarını, sahip oldukları bilgi ve becerilerini beğendikleri ve memnun kaldıkları sonucuna ulaşılmıştır.

4.7.2.2.9. Hastaların Hastane Hizmetlerini Değerlendirme Verilerinin

Cinsiyete Göre İncelenmesi

Hastaların hastaneden memnuniyet düzeylerinin gelire göre fark gösterip göstermediği 200 kişiden elde edilen verilerden yararlanılarak araştırılmıştır. Örneklemeye ilişkin çok yönlü faktörler arası fark analiz sonucu Hottelling's Trace testi aşağıdaki tabloda dikkate alınmaktadır.

Tablo 25: Hastaların Hastane Hizmetlerini Değerlendirme Verilerinin Cinsiyete Göre İncelenmesi

Hastane Hizmetleri Çok Yönlü Varyans Cinsiyet						
Kesme Noktası	Pillai's Trace	,980	1539,495 ^b	6,000	193,000	,000
	Wilks' Lambda	,020	1539,495 ^b	6,000	193,000	,000
	Hotelling's Trace	47,860	1539,495 ^b	6,000	193,000	,000
	Roy's Largest Root	47,860	1539,495 ^b	6,000	193,000	,000
Cinsiyet	Pillai's Trace	,028	,942 ^b	6,000	193,000	,466
	Wilks' Lambda	,972	,942 ^b	6,000	193,000	,466
	Hotelling's Trace	,029	,942 ^b	6,000	193,000	,466
	Roy's Largest Root	,029	,942 ^b	6,000	193,000	,466

Elde edilen bulgulara göre hastaların hastane hizmetlerini değerlendirme verilerine çoklu yönlü varyans analizi yapılarak **Hotelling's Trace** testi sonucuna göre memnuniyet düzeyleri ile cinsiyetleri arasında anlamlı bir fark yoktur. Bu sonuca göre, "H₁₁₀=Hastaların hastane hizmetlerinden memnuniyet seviyeleri cinsiyetlerine göre fark göstermemektedir" hipotezi geçerlidir. Yani, kadın ve erkek grupları arasında fark

gözlenmediğinden hastaların hastane hizmetlerinden memnuniyetleri cinsiyete göre önemli değildir yorumu yapılabilmektedir.

4.7.2.2.10. Hastaların Hastane Hizmetlerini Değerlendirme Verilerinin Güvenceye Göre İncelenmesi

Hastaların hastaneden memnuniyet düzeylerinin gelirlerine göre farklılık gösterip göstermediği 200 kişiden elde edilen verilere dayanılarak çalışılmıştır. Hottelling'in İzleme testi, numune güvencesiyle ilgili çeşitli faktörler arasındaki farkları incelemek için aşağıdaki tabloya dahil edilmiştir.

Tablo 26: Hastaların Hastane Hizmetlerini Değerlendirme Verilerinin Güvenceye Göre İncelenmesi

Hastane Hizmetleri Çok Yönlü Varyans Güvence						
Etki		Değer	F İstatistiği	Hipotez Sd	Hata Sd	Anlamlılık Düzeyi
Kesme Noktası	Pillai's Trace	,972	1117,021 ^b	6,000	190,000	,000
	Wilks' Lambda	,028	1117,021 ^b	6,000	190,000	,000
	Hotelling's Trace	35,274	1117,021 ^b	6,000	190,000	,000
	Roy's Largest Root	35,274	1117,021 ^b	6,000	190,000	,000
Güvence	Pillai's Trace	,367	3,245	24,000	772,000	,000
	Wilks' Lambda	,669	3,376	24,000	664,041	,000
	Hotelling's Trace	,442	3,472	24,000	754,000	,000
	Roy's Largest Root	,265	8,511 ^c	6,000	193,000	,000

Yukarıdaki MANOVA (Multivariate Tests) tablosuna bakıldığında birden fazla test olduğu görülür. Bu testlerden Hotelling's trace testleri dikkate alınır. Güvence Faktörünün "Anlamlılık p" değerleri incelendiğinde, bu değer 0,05'ten küçük olduğu görülmektedir. Burada **güvence faktörünün bağımlı değişkenler üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi vardır** yorumu yapılabilir. Buna göre " $H_{1.11}$ =Hastaların hastane hizmetlerinden memnun olma düzeyleri güvenceye göre farklılık göstermektedir" hipotezi geçerlidir.

Bu istatistiklerin etki değerleri farklı durumlara göre değişir. Eğer farklılık ilk değişkenden kaynaklanıyorsa etki sıralaması Roy's statistic > Hotelling's trace > Wilks's lambda > Pillai's trace. Eğer farklılık birden fazla değişkenden kaynaklanıyorsa etki sıralaması ters yöndedir. Hotelling's Trace, tüm karakteristik kökler arası genel farklılığı hesaplar. Hotelling's T testi sonucu 0,442 çıktığı için güvenceye göre faktörler arasında herhangi bir fark bulunmamaktadır.

Tablo 27: Hastaların Hastane Hizmetlerini Değerlendirme Verilerinin Güvenceye Göre Faktörler Arası Test İle İncelenmesi

Hastane Hizmetleri Güvence Faktörler Arası Test						
Kaynak (Genel)	Bağımlı Değişken	Üçüncü Tür Kareler Toplamı	Fark	Ortalama Kare	F İstatistiği	Anlamlılık Düzeyi
Güvence	F01	10,554	4	2,638	3,100	,017
	F02	21,927	4	5,482	4,971	,001
	F03	20,893	4	5,223	6,120	,000
	F04	6,548	4	1,637	2,023	,093
	F05	3,570	4	,892	1,280	,279
	F06	1,764	4	,441	,905	,462

Hastane Hizmetleri Güvence Betimsel İstatistik				
	Güvence	Anlam	Std. Sapma	N
Bekleme Süresi	1	3,7333	,78766	30
	2	3,1346	1,06856	13
	3	3,9500	,79166	30
	4	3,4674	,91629	92
	5	3,3143	1,08014	35
	Total	3,5313	,94175	200
	Çağrı Merkezi ve Randevu Kolaylığı	1	3,2111	,86871
2		2,8205	,86726	13
3		2,7556	1,23466	30
4		3,6087	1,02187	92
5		3,1238	1,14927	35
Total		3,2850	1,09126	200
Küresel Standarda Uygun		1	3,3111	1,16439
	2	3,0513	,70509	13
	3	3,6556	,88184	30
	4	3,4565	,78402	92
	5	2,6667	1,12022	35
	Total	3,3000	,97024	200
	Rahat Ortam	1	3,2333	,92703
2		3,4872	,48334	13
3		3,7889	,86429	30
4		3,3043	,91608	92
5		3,4857	,97130	35
Total		3,4100	,90886	200
Muayene Tercihi		1	3,5222	,95766
	2	3,5641	,47890	13
	3	3,7444	,91678	30
	4	3,3732	,76849	92
	5	3,5810	,91588	35
	Total	3,5000	,83743	200
	Birim Kalitesi ve Ulaşılabilirlik	1	3,5917	,58532
2		3,5769	,54376	13
3		3,7917	,74302	30
4		3,5299	,72423	92
5		3,5071	,72377	35
Total		3,5775	,69744	200

Hastaların hastane hizmetlerini personelini değerlendirme verilerinin tek yönlü varyans analizi ile değerlendirilmesi sonucunda Güvence dışındaki diğer analizlere göre herhangi bir farklılık gözlenmemiştir.

Hotelling's T testi sonucuna göre güvence şekli itibarıyla faktörler arasında fark olduğu tespit edilmiştir. Buna göre Faktör 1, Faktör 2 ve Faktör 3 arasında belirgin bir fark olduğu bulunmuştur. Bu farkın hangi faktörler arasında olduğunun saptanması için de Şefe Testine bakılması gerekmektedir.

Hastane Hizmetleri Güvence Faktörler Arası Testin yer aldığı tablo 26' da belirlenen Bağkur, Emekli Sandığı, Güvencesiz ve Yeşil Kart, Özel Sigorta ve SSK güvence türlerine göre sonuçlar değerlendirildiğinde sadece 6. Faktör itibarıyla fark "Anlamlılık= 0,46" olarak bulunmuştur. Ancak 1. 2. 3. Faktörler arasındaki farklar incelendiğinde bu faktörlerin aralarında belirgin farklar olduğundan Şefe testine bakılacaktır. 4.5.6. Güvence Faktörleri arasında ise gözlenen belirgin bir fark yoktur. Yalnızca faktör 2'de 3(Güvencesiz ve Yeşil Kart) ile 4(özel Sigorta) arasında fark bulunmaktadır.

4.7.2.2.11. Şefe Testi

Tablo 28: Hastaların Hastane Hizmetlerini Değerlendirme Verilerinin Şefe Testi Tablosu

Şefe Testi							
Standart Sapma	(I) Guvence	(J) Guvence	Fark (I-J)	Stand. Hata	Anlamlılık Düzeyi	95% Güven Aralığı	
						Alt Sınır	Üst Sınır
Bekleme Süresi	1(Bağkur)	2	,5987	,30631	,433	-,3539	1,5513
		3	-,2167	,23818	,934	-,9574	,5241
		4	,2659	,19395	,758	-,3372	,8691
		5	,4190	,22952	,505	-,2947	1,1328
	2(Emekli Sandığı)	1	-,5987	,30631	,433	-1,5513	,3539
		3	-,8154	,30631	,136	-1,7680	,1372
		4	-,3328	,27333	,829	-1,1828	,5173
		5	-,1797	,29962	,986	-1,1115	,7521
	3(Güvencesiz veya Yeşil Kartlı)	1	,2167	,23818	,934	-,5241	,9574
		2	,8154	,30631	,136	-,1372	1,7680
		4	,4826	,19395	,190	-,1206	1,0858
		5	,6357	,22952	,109	-,0781	1,3495
	4(Özel Sigorta)	1	-,2659	,19395	,758	-,8691	,3372
		2	,3328	,27333	,829	-,5173	1,1828
		3	-,4826	,19395	,190	-1,0858	,1206
		5	,1531	,18320	,951	-,4166	,7229
	5(SSK)	1	-,4190	,22952	,505	-1,1328	,2947
		2	,1797	,29962	,986	-,7521	1,1115
		3	-,6357	,22952	,109	-1,3495	,0781
		4	-,1531	,18320	,951	-,7229	,4166
Çağrı Merkezi ve Randevu Kolaylığı	1	2	,3906	,34870	,869	-,6939	1,4750
		3	,4556	,27115	,589	-,3877	1,2988
		4	-,3976	,22079	,520	-1,0842	,2891
		5	,0873	,26129	,998	-,7253	,8999
	2	1	-,3906	,34870	,869	-1,4750	,6939
		3	,0650	,34870	1,000	-1,0195	1,1494
		4	-,7882	,31116	,175	-1,7559	,1795
		5	-,3033	,34109	,939	-1,3641	,7575
	3	1	-,4556	,27115	,589	-1,2988	,3877
		2	-,0650	,34870	1,000	-1,1494	1,0195
		4	-,8531*	,22079	,006	-1,5398	-,1665
		5	-,3683	,26129	,738	-1,1808	,4443

Tablo 28'in Devamı							
	4	1	,3976	,22079	,520	-,2891	1,0842
		2	,7882	,31116	,175	-,1795	1,7559
		3	,8531*	,22079	,006	,1665	1,5398
		5	,4849	,20856	,252	-,1637	1,1335
	5	1	-,0873	,26129	,998	-,8999	,7253
		2	,3033	,34109	,939	-,7575	1,3641
		3	,3683	,26129	,738	-,4443	1,1808
		4	-,4849	,20856	,252	-1,1335	,1637
Küresel Standarda Uygun	1	2	,2598	,30677	,949	-,6942	1,2139
		3	-,3444	,23854	,720	-1,0863	,3974
		4	-,1454	,19424	,967	-,7495	,4587
		5	,6444	,22987	,101	-,0704	1,3593
	2	1	-,2598	,30677	,949	-1,2139	,6942
		3	-,6043	,30677	,425	-1,5583	,3498
		4	-,4052	,27374	,701	-1,2566	,4461
		5	,3846	,30007	,801	-,5486	1,3178
	3	1	,3444	,23854	,720	-,3974	1,0863
		2	,6043	,30677	,425	-,3498	1,5583
		4	,1990	,19424	,902	-,4050	,8031
		5	,9889*	,22987	,001	,2740	1,7038
	4	1	,1454	,19424	,967	-,4587	,7495
		2	,4052	,27374	,701	-,4461	1,2566
		3	-,1990	,19424	,902	-,8031	,4050
		5	,7899*	,18348	,001	,2192	1,3605
	5	1	-,6444	,22987	,101	-1,3593	,0704
		2	-,3846	,30007	,801	-1,3178	,5486
		3	-,9889*	,22987	,001	-1,7038	-,2740
		4	-,7899*	,18348	,001	-1,3605	-,2192
Rahat Ortam	1	2	-,2538	,29873	,948	-1,1829	,6752
		3	-,5556	,23229	,225	-1,2780	,1669
		4	-,0710	,18915	,998	-,6593	,5172
		5	-,2524	,22384	,866	-,9485	,4438
	2	1	,2538	,29873	,948	-,6752	1,1829
		3	-,3017	,29873	,906	-1,2308	,6273
		4	,1828	,26657	,976	-,6462	1,0118

Tablo 28'in Devamı								
	3	5	,0015	,29221	1,000	-,9073	,9102	
		1	,5556	,23229	,225	-,1669	1,2780	
		2	,3017	,29873	,906	-,6273	1,2308	
		4	,4845	,18915	,166	-,1037	1,0728	
	4	5	,3032	,22384	,766	-,3930	,9993	
		1	,0710	,18915	,998	-,5172	,6593	
		2	-,1828	,26657	,976	-1,0118	,6462	
		3	-,4845	,18915	,166	-1,0728	,1037	
	5	5	-,1814	,17867	,905	-,7370	,3743	
		1	,2524	,22384	,866	-,4438	,9485	
		2	-,0015	,29221	1,000	-,9102	,9073	
		3	-,3032	,22384	,766	-,9993	,3930	
	Muayene Tercih	1	4	,1814	,17867	,905	-,3743	,7370
			2	-,0419	,27729	1,000	-,9042	,8205
			3	-,2222	,21562	,900	-,8928	,4483
			4	,1490	,17557	,948	-,3970	,6951
2		5	-,0587	,20777	,999	-,7049	,5874	
		1	,0419	,27729	1,000	-,8205	,9042	
		3	-,1803	,27729	,980	-1,0427	,6820	
		4	,1909	,24743	,963	-,5786	,9604	
3		5	-,0168	,27123	1,000	-,8604	,8267	
		1	,2222	,21562	,900	-,4483	,8928	
		2	,1803	,27729	,980	-,6820	1,0427	
		4	,3713	,17557	,349	-,1748	,9173	
4		5	,1635	,20777	,961	-,4827	,8097	
		1	-,1490	,17557	,948	-,6951	,3970	
		2	-,1909	,24743	,963	-,9604	,5786	
		3	-,3713	,17557	,349	-,9173	,1748	
5	5	-,2078	,16585	,814	-,7235	,3080		
	1	,0587	,20777	,999	-,5874	,7049		
	2	,0168	,27123	1,000	-,8267	,8604		
		3	-,1635	,20777	,961	-,8097	,4827	

Tablo 28'in Devamı							
		4	,2078	,16585	,814	-,3080	,7235
Birim Kalitesi ve Ulaşılabilirlik	1	2	,0147	,23181	1,000	-,7062	,7357
		3	-,2000	,18025	,873	-,7606	,3606
		4	,0618	,14677	,996	-,3947	,5182
		5	,0845	,17369	,993	-,4557	,6247
	2	1	-,0147	,23181	1,000	-,7357	,7062
		3	-,2147	,23181	,930	-,9357	,5062
		4	,0470	,20685	1,000	-,5963	,6903
		5	,0698	,22675	,999	-,6354	,7750
	3	1	,2000	,18025	,873	-,3606	,7606
		2	,2147	,23181	,930	-,5062	,9357
		4	,2618	,14677	,530	-,1947	,7182
		5	,2845	,17369	,613	-,2557	,8247
	4	1	-,0618	,14677	,996	-,5182	,3947
		2	-,0470	,20685	1,000	-,6903	,5963
		3	-,2618	,14677	,530	-,7182	,1947
		5	,0227	,13864	1,000	-,4084	,4539
5	1	-,0845	,17369	,993	-,6247	,4557	
	2	-,0698	,22675	,999	-,7750	,6354	
	3	-,2845	,17369	,613	-,8247	,2557	
	4	-,0227	,13864	1,000	-,4539	,4084	

Şefe testine göre; Faktör 1, Faktör 2, Faktör 3, Faktör 4 ve Faktör 5 ile diğerleri arasında gözlemlenen belirgin bir fark yoktur. Sadece Faktör 2 de 3 ile 4 arasında gözlenen bir fark vardır ve bunun dereceside 0,06'dır. Ankete katılan hastaların güvenceleri esas alınarak doktor ve sağlık personelini değerlendirmelerine bakıldığında faktör 1 ile 5 arasında herhangi bir fark yoktur.

Tanımlayıcı istatistik tablosu dikkate alınarak aritmetik ortalamaya bakıldığında ise; 2. faktörde 3. ve 4. Güvence arasında aritmetik ortalama bakımından aralarında belirgin bir fark olduğu görülür.

Özet olarak; sadece 2. Faktör (çağrı merkezi ve randevu kolaylığı açısından) itibarıyla güvenceler incelendiğinde 3(güvencesiz ve yeşilkart açısından) ve 4 (özel sigorta açısından) ikisinin arasındaki aritmetik ortalamanın aynı çıktığı tespit edilmiştir. Faktör 2'de üç ile dördüncü etkenler arasındaki aritmetik ortalamalara bakılmaktadır.

Tanımlayıcı İstatistik				
	Güvence	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma	N değeri
Bekleme Süresi	1(Bağkur)	3,7333	,78766	30
	2(Emekli Sandığı)	3,1346	1,06856	13
	3(Güvencesiz ve Yeşil Kart)	3,9500	,79166	30
	4(Özel Sigorta)	3,4674	,91629	92
	5(SSK)	3,3143	1,08014	35
	Toplam	3,5313	,94175	200
Çağrı Merkezi ve Randevu Kolaylığı	1	3,2111	,86871	30
	2	2,8205	,86726	13
	3	2,7556	1,23466	30
	4	3,6087	1,02187	92
	5	3,1238	1,14927	35
	Toplam	3,2850	1,09126	200
Küresel Standarda Uygun	1	3,3111	1,16439	30
	2	3,0513	,70509	13
	3	3,6556	,88184	30
	4	3,4565	,78402	92
	5	2,6667	1,12022	35
	Toplam	3,3000	,97024	200
Rahat Ortam	1	3,2333	,92703	30
	2	3,4872	,48334	13
	3	3,7889	,86429	30
	4	3,3043	,91608	92
	5	3,4857	,97130	35
	Toplam	3,4100	,90886	200
Muayene Tercihi	1	3,5222	,95766	30
	2	3,5641	,47890	13
	3	3,7444	,91678	30
	4	3,3732	,76849	92
	5	3,5810	,91588	35
	Toplam	3,5000	,83743	200
Birim Kalitesi ve Ulaşılabilirlik	1	3,5917	,58532	30
	2	3,5769	,54376	13
	3	3,7917	,74302	30
	4	3,5299	,72423	92
	5	3,5071	,72377	35
	Toplam	3,5775	,69744	200

Analiz sonuçlarına bakıldığında ise; Faktör 2’de verilen hizmetten, 4 (Özel sigortalılar)’ın, 3(Güvencesiz ve yeşil kartlılar)’a göre daha çok memnun oldukları belirgin bir şekilde tespit edilmiştir. Hastane hizmetleri çoklu varyans analizine göre bütün alternatifler arası fark gözükmemektedir. Tek fark güvencesiz ve özel sigorta arasında görülmüştür. Güvencesiz olanların bakışı 4,04 değeriyle daha pozitif görülmektedir. Ancak özel sigortalıların bakışı 4,5 olarak gözlenmektedir.

Şefe testine bakıldığında faktör 2(çağrı merkezi ve randevu kolaylığı) ifadesinde özel sigortalı hastalarla yeşil kart kullanan hastalar arasındaki farkın sebebi; yeşil karta sahip olan hastaların randevu almalarında kolaylık sağlandığı ve ücret ödemediği muayene olduğu gözlenmektedir. Özel sigortası olan hastaların ise hastane hizmetlerinden yararlanabilmeleri için sigorta firmalarına yüksek ücretler yatırmalarına rağmen, normal hastalar gibi randevu alıp sıra bekleyerek muayene oldukları saptanmıştır. Yeşil kart sahibi ve 65 yaş üstü olan hastalar muayene sırası beklemediğinden ve tüm hastane giderleri devlet tarafından karşılandığından memnun olma düzeyleri yüksek çıkmıştır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Sağlık hizmetlerinin sunumu ve yönetimi hasta memnuniyetinin sağlanmasında, en önemli göstergelerden biri olarak kabul görmektedir. Bu nedenle hasta memnuniyeti, hastaların bir sonraki tercihlerini etkileyecektir. Hastaneden sağlığına kavuşmuş bir şekilde ayrılan hasta ve hasta yakınlarının hastaneye olan güvenine ve tekrar tercih etmelerine etkisi büyük olacaktır.

Sağlık kurumlarının sayı olarak sürekli artmasıyla özel ve kamu sağlık kurumları arasındaki rekabeti artırmıştır. Bu nedenle bu kurumların tercih edilebilir olması beklendiğinden ve istendiğinden hasta memnuniyeti gittikçe daha fazla önem kazanmıştır.

Sağlık kurumları, hastaları memnun etmek suretiyle tercih edilmeyi sağlamak için sağlık hizmetlerini günümüzün teknolojisine uyarlayarak daha kaliteli hizmet vermek durumundadırlar. Burada amaç, sağlıktaki hizmetleri hastaların istek ve talepleri doğrultusunda sunabilmektir.

Özel sağlık kuruluşlarında müşterinin memnun olması müşteri bağlılığını oluşturur. Artan rekabet ile hastaneler, en üst düzeyde teknolojik donanımına ulaşmayı, deneyimli, güvenilir personelle çalışmayı, ulaşılabilir olmayı, hasta memnuniyetini, hastanelerin fiziki ortamını dolayısıyla hasta bağlılığını sağlamak için doğru zamanda ve doğru yerde hastalarına erişmeyi, hastanın hastanede kaldığı süre boyunca kendini rahat ve güvende hissedeceği derecede yanında bulunmayı hedeflemektedir.

Hazırlanan tez çalışmasında hasta memnuniyeti ile ilgili sorulan sorulara verilen cevaplar memnuniyetin bir yansıması olarak gözlemlenmiştir. Tıbbi muayene ve tedavi endüstrisindeki teknik departmandan daha çok hastaların rahatça algılayacağı; hastanenin fiziksel ortamı, çevre şartları, hastane içinde ve dışındaki ulaşımı, hastane personelinin hastaya verdiği güven duygusu izlenimi, işlemler sırasında uzun süre bekletilmemek, hasta ile direkt temasta olan doktor, hemşire ve personelin yeterli bilgi ve beceriye sahip olması gibi hizmet, n niteliğinin iyi olduğunu dillendiren konuların hastalar tarafından nasıl algılandığı ve isteklerinin ne ölçüde dikkate alındığı değerlendirilmiştir.

Bu içerikte yapılan çalışmada, Ankara ili, Çankaya ilçesinde hizmet veren Bilkent Şehir Hastanesinin, poliklinikte muayene olan hastaların, memnuniyet düzeyi incelenmiştir.

Hastaların demografik özelliklerine göre memnun olma seviyelerinde farklılık olup olmadığını istatistiki olarak saptamak için uygulanan bu testte, hastalara likert ölçeğinde hazırlanmış anket uygulanarak elde edilen datalar istatistiksel analiz programıyla yorumlanmıştır. Anket uygulamasına göre bulunan sonuçlar, hangi alanlara daha fazla önem verilmesi gerektiği konusunda fikir vermektedir. Bir aylık sürede uygulanan anketlerden elde edilen sonuçlar aşağıda açıklanmıştır.

SPSS istatistik programı kullanılarak elde edilen verilerin analizi sırasında ilk olarak hastaların demografik özellikleri ve genel hastane hizmetleri değerlendirilerek bu bilgiler ışığında hastaların hastane hizmetlerinden memnuniyetin demografik özelliklere göre farklılık gösterip göstermediğinin saptanması için bir ölçek oluşturulmuştur. Oluşturulmuş olan ölçek Frekans analizi ve Tek Faktörlü Varyans (One - Way ANOVA), faktör analizi ve tek faktörlü çok yönlü (MANOVA) analizleri yardımıyla test edilerek elde edilen bulgular yorumlanmıştır. **Tek yönlü varyans analizine göre anlamlılık (P) 0,005 değerinden büyük olduğu için diğer faktörler (cinsiyet, yaş, gelir, eğitim) arasında fark çıkmamıştır. Yalnızca güvence unsurunda fark bulunup aritmetik ortalaması incelenmiştir.** Güvenilirlik testinin yapılmamasının ana sebebi önceden kullanılmış olması ve ifade sayısının azlığına da bakılarak birinci ve ikinci ifade gruplarının güvenilirlik testi yapılmamıştır. Araştırmada çok sayıdaki değişkenin aralarında ilişkinin anlaşılabilir şekilde yorumlanabilmesi amacıyla faktör analizi testi yapılmıştır. Verilerin, faktör analizi için uygunluğu Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) katsayısı ve Barlett Sphericity Testi ile incelenmiştir. Bu testlerin sonuçlarına göre, hastaların hastane hizmetlerini değerlendirme sonucu Kaiser-Meyer-Olkin Örnekleme Yeterliliği Ölçümünde $p=0,553$ ve Bartlett testinde ise sonuç $p=0,000$ saptanmıştır.

Araştırmada **hastaların danışma ve poliklinik personelinin değerlendirme** verileriyle **cinsiyete dayalı**; tek yönlü varyans (ANOVA) testi yapılarak p değeri 0,009 bulunmuştur. “P” değeri $0.005 < 0.009$ olduğundan tek yönlü varyans testi sonuçlarına göre çok az sayıda belki de ihmal edilebilir ölçüde hastanın danışma ve poliklinik hizmetlerinden memnun olmadıkları ortaya çıkmıştır. Burada " Tanımlayıcı İstatistikler " tablosu incelendiğinde Kadın ve Erkek grup ortalamaları arasında cinsiyet açısından kadın hastalarla erkek hastalar arasında fark olduğu ortaya çıkmıştır.

Bunun sebebi genel anlamda kadın hastaların danışma ve poliklinik personelinden memnun olduklarını beyan etmeleridir. **Yaşa göre**; tek faktörlü varyans analizi (ANOVA) yöntemi ile incelenmesi sonucunda p değeri 0,003 olarak bulunmuştur. P değeri küçüldükçe ($p < 0,05$) istatistiksel olarak anlamlı farklılık ortaya çıkmış olacağından hastaların sağlık kurumundan duydukları memnuniyetin yaşa göre farklılık gösterdiği saptanmıştır. Buna göre; genç ve orta yaş gruplarıyla karşılaştırıldığında olgun yaş grubunun sağlık problemlerinin daha fazla ortaya çıkması sebebiyle sık sık hastaneye gitmek zorunda kalmaları dolayısıyla sağlık hizmetlerinden memnuniyet duydukları gözlenmektedir. **Eğitime göre**; tek faktörlü varyans analizi (ANOVA) yöntemi ile incelenmesi sonucunda p değeri 0,354 olarak bulunmuştur. Yani bu analiz sonucuna göre hastaların danışma ve poliklinik personelinden memnuniyet seviyeleri eğitim durumuna göre bir fark göstermemektedir sonucuna varılmıştır. Bu varsayıma göre eğitim durumunun doğrudan sağlık hizmetiyle ilişkisi bulunmamaktadır. **Gelire göre**; tek faktörlü varyans analizi (ANOVA) yöntemi ile incelenmesi sonucunda p değeri 0,866 olarak bulunmuştur. Bu sonuca bakıldığında hastaların danışma ve poliklinik personelinden memnuniyet düzeylerinde gelir durumlarına göre fark yoktur ($p > 0,05$). Yani gelire göre şehir hastanesinden alınan tıbbi hizmetlerde herhangi bir ayırım yapılmadığı gibi özel ya da resmi olmasının gelir bakımından sınırlayıcı bir koşulunun olmadığı saptanmıştır. **Güvenceye göre**; tek faktörlü varyans analizi (ANOVA) yöntemi ile incelenmesi sonucunda p değeri 0,156 olarak bulunmuştur. Bu sonuca göre farklı güvencesi olan gruplardaki hastaların hastaneden memnuniyet seviyeleri arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p > 0,05$). Dolayısıyla hastalara verilen hizmetin kalitesi ve kapsamı değişmediğinden burada hastanın sahip olduğu güvence faktörü çok önemli değildir şeklinde yorum yapılabilmektedir.

Araştırmada **hastaların sağlık hizmeti aldıkları kurumdaki doktor ve sağlık personelinin** değerlendirmelerinde **cinsiyete göre**; bağımsız örneklem T Testine göre anlamlılık düzeyi $p = 0,523$ olarak saptanmıştır. Bu bulgulara bakıldığında hastaların doktor ve diğer sağlık personelinden memnuniyet seviyeleri ile cinsiyetleri arasında anlamlı bir farklılık çıkmamıştır ($p > 0,05$). Yani, kadın ve erkek grupları arasında fark gözlenmediğinden hastaların doktor ve sağlık personelinden memnuniyetleri cinsiyete göre önemli değildir yorumu yapılabilmektedir. **Eğitime göre**; bağımsız örneklem T Testi yapıldığında anlamlılık düzeyi $p = 0,055$ olarak bulunmuştur. Elde edilen bulgulara göre hastaların doktor ve diğer sağlık personelinden memnuniyet seviyesi

ile eğitim düzeyi arasında anlamlı bir farklılık yoktur ($p > 0,05$). Burada kadın ve erkek hastaların eğitim düzeylerinin muayene ve hastanedeki diğer hizmetlerden duydukları memnuniyetten bağımsız olduğu ortaya çıkmıştır denilebilmektedir. **Gelire göre;** bağımsız örneklem T Testi anlamlılık düzeyi $p = 0,168$ olarak çıkmıştır. Elde edilen bulgulara göre hastaların doktor ve sağlık personelinin memnun olma düzeyleri ile gelirleri arasında anlamlı bir farklılık yoktur ($p > 0,05$). Yani gelire göre doktor ve sağlık personelinin memnuniyetleri ile gelir düzeyi arasında bir ilişki gözlenmemektedir. **Güvenceye göre;** doktor ve sağlık personelinin memnun olma düzeyleri tek faktörlü varyans analizi sonuçlarına göre anlamlılık $p = 0,007$ olarak saptanmıştır. Bu sonuca bakıldığında farklı güvencesi olan gruplardaki hastaların doktor ve sağlık personelinin memnun olma düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p < 0,05$). Buradaki analize göre, hastalardan yeşil kart sahibi olanların özel sigortalı olanlara göre ücretsiz sağlık hizmeti aldıkları doktor ve sağlık personelinin verdikleri hizmetten, hastaya yaklaşımlarından, sahip oldukları bilgi ve yeteneklerinden memnuniyet duydukları sonucuna varılmıştır.

Araştırmada **hastaların hastane hizmetlerini değerlendirme** verilerinin güvenceye göre MANOVA (Multivariate Tests) çoklu varyans analizi yapılmıştır. Çünkü diğer faktörler(cinsiyet, yaş, meslek, eğitim) arasında fark çıkmamıştır. Değerlendirme sonucuna göre güvence faktörünün p değerleri incelendiğinde, "Anlamlılık Yani p" değerlerinin 0.05 den küçük olduğu görülür. Burada güvence faktörü, bağımlı değişken üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkiye sahip olarak yorumlanabilir. Ayrıca Hotelling's Trace, tüm karakteristik kökler arasındaki genel farklılığı hesapladığı için Hotelling's T testi sonucu 0.442 çıktığı için güvence itibarıyla faktörler arasında herhangi bir fark bulunmamaktadır.

Araştırmada hastaların hastane hizmetlerini personelinin değerlendirme verilerinin Tek yönlü varyans analizi ile değerlendirilmesi sonucunda Güvence dışındaki diğer analizlere göre herhangi bir farklılık gözlenmemiştir.

Araştırmada Hotelling's T testi sonucuna göre güvence şekli itibarıyla faktörler arasında fark olduğu tespit edilmiştir. Buna göre Faktör 1, Faktör 2 ve Faktör 3 arasında belirgin bir fark olduğu bulunmuştur. Araştırmada belirlenen Bağkur, Emekli Sandığı, Güvencesiz ve Yeşil Kart, Özel Sigorta ve SSK güvence türlerine göre sonuçlar değerlendirildiğinde sadece 6. Faktör itibarıyla fark "Anlamlılık=0,46" olarak bulunmuştur. Ancak 1. 2. 3. Faktörler arasındaki farklar incelendiğinde bu

faktörlerin aralarında belirgin farklar olduğundan Scheffe testine bakılmıştır. 4.5.6. Güvence Faktörleri arasında ise gözlenen belirgin bir fark yoktur.

Şefe testine göre; Faktör 1, Faktör 2, Faktör 3, Faktör 4 ve Faktör 5 ile diğerleri arasında gözlemlenen belirgin bir fark yoktur. Sadece Faktör 2 de 3 ile 4 arasında gözlenen bir fark vardır ve bunun derecesi de 0,06'dır. Aritmetik ortalamaya bakıldığında ise; 2. faktörde 3 ve 4. Güvence arasında aritmetik ortalama bakımından aralarında fark olduğu görülür. Özet olarak; sadece 2. Faktör (çağrı merkezi ve randevu kolaylığı açısından) itibarıyla güvenceler incelendiğinde 3(güvencesiz ve yeşilkart açısından) ve 4 (özel sigorta açısından) ikisinin arasındaki aritmetik ortalamanın aynı çıktığı tespit edilmiştir. Buradaki analiz sonuçlarına bakıldığında ise; Faktör 2'de verilen hizmetten, 4 (Özel sigortalılar)'ın, 3(Güvencesiz ve yeşil kartlılar)'a göre daha çok memnun oldukları belirgin bir şekilde tespit edilmiştir. Yapılan araştırmada hastaların sağlık hizmeti aldıkları hastaneden memnuniyetlerinin demografik özelliklerine göre farklılık gösterip göstermediğini saptamak üzere konuyla ilgili toplam 6 tane hipotez belirlenmiştir.

Şefe testine bakıldığında faktör 2(çağrı merkezi ve randevu kolaylığı) ifadesinde görülen özel sigorta ve yeşil kart arasında fark çıkmıştır. Bunun nedeni yeşil kart sahipleri kolayca randevu alarak ücretsiz bir şekilde muayene olurken, özel sigortalılar bütün hastane hizmetlerinin tamamını kapsaması için sigorta firmalarına yüksek ücretler yatırmakta ve normal hastalar gibi muayene olabilmektedir. Yeşil kart sahibi ve 65 yaş üstü olan hastalar muayene sırası beklemediğinden ve tüm hastane giderleri devlet tarafından karşılandığından memnun olma düzeyleri yüksek çıkmıştır.

Bu hipotezlerin sonuçları yapılan değerlendirme sonucunda aşağıdaki şekilde açıklanmıştır.

“Hastaların Danışma ve Poliklinik Personelinden memnun olma düzeyleri cinsiyetlerine, yaş gruplarına, eğitim durumuna, gelir durumlarına ve güvence durumlarına göre farklılık göstermemektedir” hipotezi tek yönlü faktör analizi sonucunda bağımsız örneklem T Testine göre gruplar arasındaki anlamlılık düzeyinde **cinsiyete** göre fark bulunmuştur. Dolayısı ile **H_{1.1}** hipotezi geçerlidir(Tablo: 9). **Yaş** gruplarına göre ise farklılık gösterdiğinden **H_{1.2}** hipotezi geçerlidir (Tablo: 10). **Eğitim** düzeylerine göre gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığından **H_{1.3}** hipotezi kabul edilmektedir(Tablo: 11). **H_{1.4}** hipotezi gruplar arasında **gelir** bakımından anlamlı bir fark olmadığı için geçerli bir hipotez olarak saptanmıştır (Tablo: 12). **H_{1.5}** hipotezine

değerlendirildiğinde gruplar arasındaki memnuniyet düzeylerinde anlamlı bir farklılık bulunmadığından **güvence** durumuna göre bu hipotez geçerlidir (Tablo: 13).

“Hastaların Doktor ve Sağlık Personelinden memnun olma düzeyleri cinsiyete, eğitime, gelir durumlarına ve güvence durumlarına göre farklılık göstermemektedir” hipotezi Bağımsız örneklem T Testi’ne göre değerlendirildiğinde; hastaların **cinsiyetleri** arasında anlamlı bir farklılık bulunmadığından **H_{1.6}** hipotez geçerlidir (Tablo: 14). Aynı şekilde hastaların aldıkları **eğitimi** arasında anlamlı bir farklılık bulunmadığından **H_{1.7}** hipotezi geçerlidir (Tablo: 15). Hastaların doktor ve sağlık personelinden duydukları memnuniyet ile **gelir durumları** arasında anlamlı bir farklılık bulunmadığından **H_{1.8}** hipotezi geçerlidir (Tablo: 16). Hastaların doktor ve sağlık personelinden duydukları memnuniyet güvence durumlarına göre farklılık gösterdiğinden **H_{1.9}** hipotezi geçerli değildir (Tablo: 17).

“Hastaların Hastane Hizmetlerini Değerlendirme” verilerinin Cinsiyete ve Güvenceye göre çoklu varyans analizi incelenmesi sonucunda Hotelling’s Trace testi ile **H_{1.10}** hipotezi geçerli olduğu saptanmıştır (Tablo: 18). Aynı şekilde hastane hizmetlerinden hastaların memnuniyeti güvenceye göre **H_{1.11}** hipotezini doğrulamaktadır (Tablo: 19).

Tıbbi sistemin bir alt sistemi olarak hastaneler günümüzde karmaşık yönetim yapılarına sahiptir. Bir hizmetin sunulması söz konusu olduğunda, ekibin verdiği hizmet hasta memnuniyetini artırmanın en önemli faktörlerinden biridir. Günümüzde hastalar sadece sağlık kuruluşunda uyguladıkları tedavi prosedürlerinden memnun kalmamaktadır. Ayrıca hastaneye geldikleri andan itibaren personelin, doktorların ve hemşirelerin yaklaşımı (karşılama, nezaket, güler yüz, temiz ve düzenli görünüm), bilgi düzeyi, beceri ve yetenekleri, kültürel değerlere göre saygı ve davranış ayrımı yapmadan karşılanması, hastane fiziki yapısı, ulaşım birimi, çevre koşulları, mükemmel ekipman, mükemmel temizlik hizmeti hasta memnuniyetinin önemli faktörleri olarak sayılabilir. Bu lisans tezinde hastaya sorulan soruların cevapları da bunu doğrulamaktadır.

Özet olarak, anket sonuçları hastanelerde tıbbi hizmetlerin pazarlanmasının da hizmetlerle ilişkili olduğunu ve hizmetlerden memnuniyet düzeyinin oldukça yüksek olduğunu göstermektedir. Araştırma sonuçlarından ortaya çıkan bu bulgular, hastanelerde uygulanan "kalite" yaklaşımı ile ilişkilendirilebilir. Çoklu varyansla demografik yapılar arasında veri itibarıyla ve hastane hizmetleri faktörleri itibarıyla

fark çıkmamıştır. Esas farklar, danışma ve poliklinik personeli ile doktor ve sağlık personeli arasında çıkmıştır. Genel anlamda, yapılan analizlerin sonuçlarına göre; hastaların hastanede sunulan hizmetlerden memnuniyet düzeyi yüksek çıkmasına rağmen, hastanedeki işleyişlerle ilgili memnun olmadıkları yönündeki bazı eleştirilerini de ifade etmişlerdir. Şehir dışından muayene olmak için gelen veya şehir hastanesine uzak semtlerde yaşayan bireyler ulaşım konusundaki sıkıntılarını belirtmişlerdir. Ayrıca, bir kısım hasta hastane kampüsü içinde farklı binalarda bulunan polikliniklerin yerlerini bulmakta da zorluk yaşadıklarını anlatmışlardır. Hastalar aynı gün içinde muayene olmak istedikleri doktor dışında başka doktorlara yönlendirildikleri konusunda da şikâyetlerini dile getirmişlerdir. Bununla birlikte telefonla arayarak veya internetten randevu almakta da zorluk yaşadıklarını beyan etmişlerdir.

Sağlık Hizmetleri Pazarlamasında şehir hastaneleri çalışması için Bilkent Şehir Hastanesi örneğini inceleyen bir tezin olup olmadığını araştırılmış, literatür taramasında sağlık hizmetleri pazarlaması, şehir hastanelerinde müşteri memnuniyeti, sağlık kurumlarından hizmet alanların istek görüş ve düşüncelerini yansıtan anketleri kapsayan tezler, makaleler ve kitaplar bulunmuştur. “Sağlık Hizmetleri Pazarlamasında Şehir Hastaneleri Memnuniyeti: Bilkent Şehir Hastanesi” örneği ile ilgili bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Konunun daha ayrıntılı ve bütüncül incelenebilmesi için ”Mahir NAKİP ve Eyyüp YARAŞ’ın hazırladıkları “Pazarlamada Araştırma Teknikleri adlı kitapta anlatılan anket çalışmalarından faydalanılarak bir anket çalışması planlanmıştır. Yapılacak anketten çıkacak sonuçlar daha önce bu konuda yapılmış anket çalışmaları ile karşılaştırılmak suretiyle bir sentez oluşturularak, buna göre sonuçlar yorumlanmıştır.

Yapılan çalışmada öne çıkan gerçeklik, özellikle sözleşme ile ilgili olan bilgilerin ve sözleşmelerin tam metinlerinin kamuya açık bir ortamda olmamasıdır. Toplanan bilgiler derlenerek bu tez çalışmasına eklenmiştir. Sonuç olarak Şehir Hastanesi modeli ülkemiz için gerekli bir modeldir. Dünya üzerindeki gelişmiş ülkelerin şehir hastaneleri modelini; artan hasta sayısı, hastaların memnuniyetlerini yapılan anketlerde bildirmesi ve hastaların ihtiyaç duyacakları tüm polikliniklerin aynı kampüs içinde bulunması bu modelin tercih edilmesi gereken bir model olduğunu göstermektedir. Önümüzdeki yıllarda sağlık planlaması için gerekli olan altyapı yatırımları, hükümetler tarafından kalkınma planları içinde yerini alarak ödenek

yetersizliği nedeniyle atıl kalan veya yarım bırakılan hastane inşaatları daha sonraki yıllarda ortaya çıkmayacaktır. şehir hastaneleri modeli ile ülkemizin 50 yıllık sağlık altyapı yatırımını modern temelde tamamlanarak hizmete sunulmaktadır.

Türkiye’de yeni kurulan şehir Hastaneleri, kaliteli sağlık hizmetlerinin yanı sıra otel konsepti ile hizmet vermeyi amaçlayan çok geniş kapsamlı kuruluşlardır. Teknolojinin gelişmesiyle birlikte tüm dünyadaki gibi Türkiye’de de sağlıkta hizmetlerin her geçen gün kaliteyi artırarak sunulan hizmet kalitesini ölçmede yeterli lde araştırma çalışmalarına önem verilerek bu kapsamda plan ve programlar yapılmaktadır. İnsan sağlığını etkileyen fiziki şartlar ve hizmet sunumları; memnuniyet ölçümleri yapılarak, gelecekte insanların daha kaliteli ve sağlıklı hizmet almalarına olanak sağlayacaktır. Dolayısıyla bu çalışmada oluşturulan hasta memnuniyeti lği yeni açılan tüm “şehir Hastaneleri”nde uygulanarak, hastalara sunulan hizmetlerin kalitesinin artırılmasına yardımcı olacaktır.

KAYNAKÇA

- ACARTÜRK Ertuğrul ve KESKİN Sabiha (2012), “Türkiye’de Sağlık Sektöründe Kamu Özel Ortaklığı Modeli”, *Süleyman Demirel Üniv. İİBF Dergisi*, C. 17, S. 3, ss. 25- 51.
- AKDAĞ Recep (2010), “Türk Sağlık Sistemi’nde Kurum Dışından Hizmet Alım Uygulamaları: Araştırma Raporu”, *Ankara Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı*.
- AKDUR Recep (1999), “12.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi (21-25 Ekim 2008)
- AKDUR Recep (1999), “Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri İle Kıyaslanması”, Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara.
- AKDUR Recep (2006), “Sağlık Sektörü: Temel Kavramlar, Türkiye ve Avrupa Birliği’nde Durum ve Türkiye’nin Birliğe Uyumu (2. Baskı)”, Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara.
- AKDUR Recep, ÇÖL Meltem, IŞIK AYSEL, İDİL Aysun, DURMUŞOĞLU Meral, TUNÇBİLEK Aslan (1998), “Halk Sağlığı-Türkiye’de Sağlık Politikaları”No:26, s. 22- 28.*Antip Aş Tıp Kitapları Ve Bilimsel Yayınlar*, Ankara.
- AKKILIÇ M.Emin (2002), “Sağlık Hizmetlerinin Pazarlanması ve Elazığ’daki Bazı Yataklı Tedavi Kuruluşlarında Bir Uygulama”, *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 12 (1), 203- 218.
- ALA Elvan, HORNBY Peter (2002), Les répercussions de la réforme du secteur de la santé sur le développement des ressources humaines, *Article publié en anglais dans Bulletin of the World Health Organization* 80 (1), p. 56- 60.
- ALBERT, P. C. CHAN, JOHN F. Y. YEUNG, CALVIN C. P. YU, SHOU QING WANG, ve YONGJIAN KE (2011), “Empirical Study of Risk Assessment and

- Allocation of Public-Private Partnership Projects in China”, *Journal of Management in Engineering*, V. 27, I. 3.
- ALTAN Yakup, KERMAN Uysal, AKTEL Mehmet, METİN Yüksel ve EKE Erdal (2013), Yerel Yönetimlerde Kamu Özel Ortaklığı Uygulaması: Büyükkabaca Belediyesi Örneği. *Uluslararası Alanya İşletme Fak Dergisi* C. 5, S. 3, ss. 9-17.
- ALTAY Asuman (2007 Nisan-Haziran), “Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi”, *Sayıştay Dergisi* S. 64, ss.33-56.
- ASLAN Şebnem (2008), “Özel Sağlık Kuruluşlarında Müşteri memnuniyeti ve Memnuniyeti Oluşturan Unsurların Araştırılması”, *Muğla Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* S. 20, ss. 23-40.
- ATAR YALÇIN Nurdan ve AŞTI Türkinaz (2011), “Hemşire-Hasta Etkileşimi”, *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, C. 19, S.1, ss. 54-59.
- ATAR YALÇIN Nurdan ve ATABEK AŞTI Türkinaz (2012), “ Bakım Odaklı Hemşire-Hasta Etkileşimi Ölçeğinin Güvenirlik ve Geçerliği” *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, C. 20, S. 2, SS. 129-139.
- ATEŞ Metin (2012),” Sağlık İşletmeciliği (2.Baskı)”, *Gaziantep University Journal of Social Sciences*, Beta Basım A.Ş. S.17, ss.34-102, İstanbul.
- ATILLA Gaye (2012), *Hastanelerde Duygusal Zeka-Hasta Memnuniyeti İlişkisi: Isparta İl Merkezi Örneği*, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi, Isparta.
- AVCI Mehmet ve TEYYARE Erdoğan (2012), “Sağlık Sektöründe Yolsuzluk: Teorik Bir Değerlendirme”, *International Journal of Economic & Social Research*, C.8, S. 2. 199-221.
- AYDIN Sabahattin (2019). “Aile Hekimliği Türkiye Modeli”, Mavi Ofset, Ankara, ss. 13-41.
- AYHAN Ersin ve ÖNDER Ergün (2018), “Türkiye’de Sağlık Sektöründe Kamu Özel Ortaklığı Modeli”, *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, C.4, S.1, ss. 514- 526.
- AYTAR Gülşen ve YEŞİLDAL Nuray (2004), “Yatan Hasta Memnuniyeti”, *Düzce Tıp Fakültesi Dergisi*, S. 3, ss.10-14.

- BANKAOĞLU Emine (2013), *Hasta Memnuniyetinin Kurumsal İmaj Üzerindeki Etkisi: Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üzerine Bir Araştırma*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Akdeniz Üniversitesi, Antalya.
- BAYAZIT Özden (1998), “Toplam Kalite Yönetiminin Yürütülmesinde Önemli Bir Araç: Kalite Çemberleri”, *Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi*, C. 53, S. 1, ss. 95-105.
- BERRY Leonard L, ZEITHHAML Valarie A. and PARASURAMAN A. (1985), “Quality Counts in Services Too”, *Business Horizons*, Elsevier, Volume 28, Issue 3, pages 44-52.
- BİLGİN Yusuf ve GÖRAL Murat (2017), “Sağlık Kuruluşlarında Hizmet Kalitesinin Hasta Memnuniyetine Etkisi: Bartın Devlet Hastanesi Örneği”, *Bartın Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi*, C. 8 S. 16.
- BULT-SPIERING and DEWULF Geert (2008), *Strategic Issues in Public-Private Partnerships An International Perspective* Blackwell Publishing, Malden.
- CAN Ali ve İBİCİOĞLU Hasan (2008),” Yönetim ve Yöneticilik Yönünden Üniversite Hastanelerinin Değerlendirilmesi”, *Süleyman Demirel İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, C.13, S.3, ss. 253- 275.
- CENGİZ Ebru (2014), “Sağlık Pazarlaması”, *Uluslararası Hakemli Pazarlama ve Pazar Araştırmaları Dergisi*, C.1, S.3, ss. 1-13.
- CORBIN Christopher, KELLEY Scott and SHWARTZ Richard (2001), “Concepts in Service Marketing For Healthcare Professionals” *The American Journal of Surgery*, Volume 181, Issue 1, Pages 1-7.
- ÇAKIR Dilek (2006), *Sağlık Hizmetleri Pazarlamasında Hasta Memnuniyeti: Bir Uygulama*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Gaziantep.
- ÇAKIR M.K (2016), *6428 Sayılı Kanun'a Göre Kamu Özel İşbirliği Kavramı Ve yeni Bir Model: Yap, Kirala, Devret*, Seçkin Yayıncılık, Ankara.
- ÇELİKAY, F. & GÜMÜŞ, E. (2010). Türkiye'de Sağlık Hizmetleri
- ÇELİKAY Ferdi ve GÜMÜŞ Erdal (2010), “Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Finansmanı”, *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, C. 11, S. 1, ss. 177–216.
- ÇELİKAY Ferdi ve GÜMÜŞ Erdal (2011), “Sağlıkta Dönüşümün Ampirik Analizi”, *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, C. 66, S. 3, ss. 55-92.

- ÇELİKKALP Ülfıye, TEMEL Münire, VAROL SARAÇOĞLU Gamze ÇINAR Naif Fıratcan, TÜRKÖĞLU Çağdaş ve TÜTÜNSATAR Alper (2017), “Kamu-Özel Ortaklığı/İşbirliği Modeli ve Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Hizmet Memnuniyetinin Ölçülmesi: Entegre Sağlık Kampüsleri (Şehir Hastaneleri) İçin Bir Araştırma, *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* C.4, S. 29, ss. 215- 232.
- ÇOBAN İpek Gülay (2006), *Hastanın Hemşirelik Bakımını Algılayışı Ölçeği'nin Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi, Erzurum.
- DEMİR DOĞAN Melike (2011), “Bir Kamu Hastanesinde Yatan Hastaların Hizmet Memnuniyeti”, *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, C. 6, S. 17, ss. 1- 14.
- DEMİR USLU Yeter (2018), “Şehir Hastaneleri”, *SD (Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü) Dergisi*, /Eylül- Ekim- Kasım 2018), S. 48, ss.42- 43.
- DEMİRCAN Ahmet (2017), “2018 Yılı Bütçe Sunumu (TBMM Plan ve Bütçe Komisyonu)”, *Sağlık Bakanlığı*, Ankara.
- Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) (2001), Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı-Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu, Ankara.
- Devlet/Kamu Üzerine Yeniden Düşünmek, Sağlık Alanında Kamu Özel Ortaklığı Sempozyumu, *Türk Tabipler Birliği Yayınları* ss.29- 83, Bursa.
- DOBELE Angela and LINDGREEN Adam (2011), “Exploring the nature of value in the word-of- mouth referral equation for health care”, *Journal of Marketing Managment*, Volume 27, Issue 3-4, pp. 269-90.
- DÖLEK Meral, TURABA Fikriye, AKBİNAR Cemile, SEZGİN Beysim, AKSU Hidayet ve SOLAK İbrahim (2005),” Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Acil ve Servis Biriminde Yatan Hastaların Memnuniyet Düzeyinin İncelenmesi”, *Türkiye Acil Tıp Dergisi*, C. 5, S. 3, ss. 122-127.
- DÜNYA GAZETESİ (2021), “Kamu-özel Ortak Yatırımları 107 Milyar Dolara Ulaştı”, 27 Aralık 2021, s.1.
- Dünyada ve Türkiye’de Kamu Özel İşbirliği Uygulamalarına İlişkin Gelişmeler Raporu 2017 (2018), Kalkınma Bakanlığı Yayınları, <https://www.sbb.gov.tr/kamu-ozel-isbirliginde-gelismeler-yayinlar/>, ET. 4.12.2021).
- EBEDİ Sinem (2014), *Sağlık Hizmetleri Pazarlamasında Sosyal Medyanın Yeri: Ankara İlinde Dört Özel Hastane Polikliniklerinde Bir Uygulama Örneği*,

- (*Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi*), Türk Hava Kurumu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- EMEK Uğur (2010), “Alt Yapıda Kamu Özel İşbirliği Yöntemleri”, *İktisadi Araştırmalar Vakfı İktisadi İşletmesi*, İstanbul.
- ENER Meliha, DEMİRCAN Esra (2008), “Küreselleşme Sürecinde Değişen Devlet Anlayışından Kamu Hizmetlerinin Dönüşümüne: Sağlık Hizmetlerinde Piyasa Mekanizmaları”, *Süleyman Demirel Üniv İİBF Dergisi*, C.13, S.1, ss.57-82.
- ERDAL Barış, KINDAP TEPE Yeliz (Mart 2020), *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi / The Journal of International Social Research* C. 13 S. 69 Mart 2020 & Volume: 13 Issue: 69.
- ERDEMİR Firdevs (1998), “Hemşirenin Rol ve İşlevleri ve Hemşirelik Eğitiminin Felsefesi”, *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, C. 2, S. 1, ss. 59-63.
- ERSÖZ Melis (2010), “Avrupa Birliği ve Türk Hukuku Işığında Public Private Partnership Uygulamaları”, *İktisadi Araştırmalar Vakfı Yayınları*, İstanbul.
- ESATOĞLU Ezel Afsun (1997), *Hastanelerde Hasta Tatmininin Hastane Yönetimi Açısından Değerlendirilmesi ve Kullanıma Yönelik Model Önerisi*, Yayımlanmamış Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- ESER Zeliha, KORKMAZ Sezer, ÖZTÜRK Sevgi Ayşe (2011), “Pazarlama: Kavramlar İlkeler Kararlar”, *Siyasal Kitabevi*, ss. 163-174, Ankara.
- Euromessage (2017), “Pazarlama Araştırması Nedir?”, <https://blog.euromsg.com/pazarlama-arastirmasi-nedir/> ET. 4.12.2020.
- FERREIRA Diogo Cunha ve MARQUES Rui Cunha (2020), “Public-private partnerships in health care services: Do they outperform public hospitals regarding 92 quality and access? Evidence from Portugal”, *Socio-Economic Planning Sciences* Available online 23 January 2020, 100798.
- FINLOMBARDA (2011), “IX Osservatorio Finlombarda sul Project Finance in Sanità”, *Maggioli Editore*, Italy.
- GERARD La Forgia HARDING April (2009), “Public-Private Partnerships And Public Hospital Performance In São Paulo, Brazil”, *Health Affairs* 28, No. 4 1114–1126; 10.1377/hlthaff.28.4.1114
- GÖKKAYA Durmuş, EROYMAK Selinve ÖZGÜDEN Dilruba (2018), “Kamu Özel Ortaklığı Bağlamında Şehir Hastanelerinin Değerlendirilmesi”, *Social Sciences Studies Journal* Vol 4, Issue 19 ss. 2235- 2243.

- GÖKKAYA Durmuş, ÖZGÜDEN Dilruba ve ERDEM Ramazan (2018), “Şehir Hastanesinde Hasta Memnuniyeti Araştırması: Isparta İli Örneği”, *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, C. 9, S. 20, ss. 136- 148.
- GÜNEŞ Ahmet M. (2009), “Kamu Hizmetlerinin Yürütülmesinde Yeni Bir Yöntem: Kamu Özel Ortaklığı”, *Güncel Hukuk Dergisi* ss. 58- 62.
- HAQUE M. Shamsul (2002), “The Diminishing Publicness of Public Service Under the Current Mode of Governance”, *Public Administration Review*, Vol. 61, Issue 1.
- HAQUE, M. Shamsul (2001), “The Diminishing Publicness of Public Service Under the Current Mode of Governance”, *Public Administration Review*, V. 61, Issue 1.
- HARCAR Talha (1991), “Sağlık Hizmetleri Pazarlaması”, *Pazarlama Dünyası Dergisi*, Yıl:5, S. 25 Ocak-Şubat, ss. 38-40.
- HARRIS, Lloyd C (2003), “Measuring market orientation: exploring a market Oriented approach”, *Journal of Market-Focused Management*, Vol. 5, pp. 239.
- HAYRAN Osman ve SUR Haydar (1998), *Sağlık Hizmetleri El Kitabı Örgütlenme, Finansman, Yönetim, Mevzuat*, Yüce Yayım, İstanbul.
- İLÇİN GÖNENÇ Fulya (2015), *SD (Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü) Dergisi*, (Haziran-Temmuz-Ağustos 2015), S. 35, ss. 40- 41.
- İLÇİN GÖNENÇ Fulya, (2015), “Sağlıkta Aşırı Talep ve Hasta Hakları”, <http://www.sdplatform.com/Dergi/867/Saglikta-asiri-talep-ve-hasta-haklari.asp>, . ET.4.12.2020.
- Journal of Economics Business and Political Researches (2019), C.9, S. 4, ss. 101-118. İktisadi İdari ve Siyasal Araştırmalar Dergisi (2019), V. 9, I. 4, pp. 101-118.
- KARABULUT Kerem ve YAPRAKLI Şükrü (2001). “Sağlık Hizmetlerinde Algılanan Kalite Düzeyinin Belirlenmesi”, *İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, C. 15, S. (1-2), ss. 117- 130.
- KARAÇOR Süleyman ve ARKAN Abdullah (2014), “Sağlık Kuruluşlarında Pazarlama: Sağlık Pazarlama Karması Unsurlarının Hasta /Müşteri Açısından Önemi Üzerine Bir Araştırma”, *Selçuk İletişim*, C. 8, S. 2, ss. 90- 118.
- KARAFAKİOĞLU Mehmet (1998), “Sağlık Hizmetleri Pazarlaması”, *Dönence Basın ve Yayın Hizmetleri*, İstanbul.

- KALKINMA BAKANLIĞI (2018), Dünyada ve Türkiye’de Kamu-Özel İşbirliği Uygulamalarına İlişkin Gelişme Raporu 2017,
<http://www.sbb.gov.tr/wpcontent/uploads/2018/10/Dünyada-ve-Türkiyede-Kamu-Özel-İşbirliğiUygulamalarinaİlişkin-Gelişmeler-2017.pdf>, ET. 4 Aralık 2020.
- KARASU Koray (2009), “Kamu Yönetimi: Yapı, İşleyiş, Reform. Özgür B (Editör), Kamu Özel Ortaklığı: Sözleşme Sisteminin Genelleşmesi”, *Ankara Üniversitesi SBF Yayınları*, ss. 79- 92.
- KARASU Koray (2011), “Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesinde Kamu-Özel Ortaklığı” *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, C. 66, S. 3, ss. 217-262.
- KAVUNCUBAŞI Şahin ve YILDIRIM Selami (2015), “Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi (4.Baskı)”, *Siyasal Kitabevi*, Ankara.
- KAYA Ayşe (2010), *Türkiye’deki Kamu Hastanelerinde Halkla İlişkiler ve Tanıtım Eksikliği Sorunu. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*, Beykent Üniversitesi, İstanbul.
- KENNETT Pamela, HENSON Steve, CROW Stephen and HARTMAN Sandra (2005), “Key Tasks in Healthcare Marketing: Assessing Importance and Current Level of Knowledge”, *Journal of Health and Human Services Administration*, C. 27, S. 3/4, Winter 2004/Spring, ss.. 414-424.
- KERMAN Uysal, ALTAN Yakup, AKTEL Mehmet ve EKE Erdal (2012),” Sağlık Hizmetlerinde Kamu Özel Ortaklığı Uygulaması”, *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, C: 17, S. 3, ss. 1-23.
- KIRILMAZ Harun (2013), “Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörlerin Sağlık Hizmetlerinde Performans Yönetimi Çerçevesinde İncelenmesi: Poliklinik Hastaları Üzerine Bir Alan Araştırması”, *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, C. 4, S. 1, ss. 11- 21.
- KORKMAZ Sezer Ve ÇUHADAR Uğur (2017), “Sağlık Hizmet Kalitesi Ve Sağlık Kurumunu Tekrar Tercih Etme Niyeti Arasındaki İlişki: Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Örneği”, C. 3, S. 1, ss. 72-87.
- KOSYCARZ Ewa Agnieszka, NOWAKOWSKA Beata Anna and MIKOŁAJCZYK Marcin Mateusz (2019), “Evaluating opportunities for successful public–private partnership in the healthcare sector in Poland” *Journal of Public Health*, 1-9.V 27, I.1, pp. 1-9.

- KOTLER Philip and ARMSTRONG Gary (2014), "Principles of Marketing", *Global Edition, Pearson Education Limited, UK.*
- KOTLER Philip and KELLER Kevin Lane, (2006), "Marketing Management", *Pearson Prentice Hall, Twelfth Edition, New Jersey.*
- KÜÇÜK N. (2009), *Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Dış Müşteri Memnuniyeti Üzerine Diyarbakır İli Sağlık Müdürlüğü'nde Bir Uygulama (Diyarbakır Devlet Hastanesi), Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sivas.*
- MARŞAP Akın (2014), *Sağlık İşletmelerinde Kalite- Sağlıkta Kaliteşim Sistemi ve Sağlıkta Mükemmellikte Süreklilik*, 1. Baskı. Beta Basım Yayın. İstanbul.
- MCKEE Martin, ANIGEL Edwards,B & ATUN Rifat (2006), "Bulletin of the World Health Organization", November, V.84, I. 11.
- MEGEP (2008), "Meslekî Eğitim ve Öğretim Sisteminin Güçlendirilmesi Projesi, Büro Yönetimi ve Sekreterlik Tıbbi Terminoloji (Tedavi Hizmetleri)", *Millî Eğitim Bakanlığı, Ankara.*
- MERCİLLE Julien (2019), "The Public-Private Mix in Primary Care Development: The Case of Ireland", *International Journal of Health Services*, 1-19.
- MILUTINOVIC D., BRESTOVACKI B. and CVEJIN M.M. (2010). "Patients' Satisfaction with Nursing Care as an Indicator of Quality of Hospital Service", *Journal of Society for Development in New Net Environment in B& H. HealthMed*, 4(2), 461-466.
- MIRJAM BULT Spiering M ve DEWULF Geert (2006), "Strategic Issues In Public Private Partnerships In International Perspective", Blackwell Publishing, Oxford, UK.
- NAKİP Mahir ve YARAŞ Eyüp (2017), *Pazarlamada Araştırma Teknikleri*, Baskı, Seçkin Yayıncılık, Ankara.
- NARİNÇ SALMAN Ayşen ve UYDACI Mert (2011), "Butik Hastanelerde Pazarlama Stratejileri", *Marmara Üniversitesi Dergisi*, İstanbul.
- ODABAŞI Yavuz (1994), "Sağlık Hizmetleri Pazarlaması", *Eskişehir Anadolu Üniversitesi Yayın No:799, Açıköğretim Fakültesi Yayın No:409.*
- ODABAŞI Yavuz (2002), "Sağlık Hizmetleri Pazarlaması", *Eskişehir Anadolu Üniversitesi Yayınları*, ss. 1-110.
- ODABAŞI Yavuz (2003), "Tüketici Davranışı", *Media Cat Kitapları*, İstanbul.

- OLIVER RichardL, (1999), “Whence Consumer Loyalty”, *Journal of Marketing*, I. P. 63, 33-34.
- ORHANER Emine (2006), “Sağlık Personelinin İş Tatmininin Motivasyon Üzerine Etkisi”, *Gazi Üniversitesi Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi*, S. 1, ss.22, *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi* C.4, S. 1, ss. 74-93.
- ÖCEN Üstün, ÇAM Handan ve YALÇIN ASLAY Fulya (2011), “Kalite Boyutları ve Sağlık Hizmetleri Unsurları Açısından Hasta memnuniyetine Bir Bakış: Gümüşhane Devlet Hastanesi’nde Örnek Bir Uygulama”, *Akademik Yaklaşımlar Dergisi*, İlkbahar C. 2, S. 1.
- ÖNAL YAZAR Hayrünnisa (2011), *Sağlık Sektöründe İnnovasyon Yaklaşımı: İzmir ‘de Hizmet Veren Kamu-Özel Hastanelerin Değerlendirilmesi Üzerine Bir Uygulama. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*, Dumlupınar Üniversitesi, Kütahya.
- ÖNSÜZ Muhammed, TOĞUZOĞLU Ahmet, CÖBEK Utku, ERTÜRK Sercan., YILMAZ, Fatma ve BİROL Selim (2008), “İstanbul’da Bir Tıp Fakültesi Hastanesinde Yatan Hastaların Memnuniyet Düzeyi” *Marmara Medical Journal*, C. 21, S. 1, ss. 33-49.
- ÖVGÜN Barış ve BERK Pınar (2020), “Şehir Hastaneleri Reformunun Uluslararası Boyutu”, *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi / The Journal of International Social Research* C. 13, S. 69 / Mart 2020 & Volume: 13 Issue: 69 March 2020.
- ÖZDEMİR Oya, OCAKTAN Esin ve AKDUR Recep (2003), “Sağlık Reformu SürecindeTürkiye ve Avrupa’da Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi”, *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, C. 56 S. 4, ss. 207-216.
- ÖZER Ali Ve ÇAKIL Enver (2007), “Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler”, *Tıp Araştırmaları Dergisi*, C. 5, S. 3, ss. 140- 143.
- ÖZER Mehmet Akif (2016), “Sağlık Sektöründe Yeni Bir Hizmet Sunum Modeli: Kamu Özel Ortaklığı”, *Sosyal Güvenlik Dergisi*, C. 6, S. 1, ss. 9- 38.
- ÖZGİRİN Kemal ve TAŞ Yeşim (1996), “Hastane Yönetiminde Kalite Uygulamaları ve Toplam Kalite Yönetimi Projesi Kapsamında Personel Memnuniyeti Ölçme Çalışması”, *Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü Sempozyumu* (1- 2 Kasım 1996), ss. 33-39, Ankara.

- ÖZTÜRE Ayşe (2010), *Hasta Memnuniyeti Üzerine İstatistik Analizi, yayınlanmamış yüksek lisans tezi*, Selçuk Üniversitesi, Konya.
- ÖZTÜRK Sevgi Ayşe (1998), “Hizmet Pazarlaması”, *Anadolu Üniversitesi Yayınları*, Eskişehir.
- PAN KORUR Aslı (2010), *Adana İl Merkezinde Yaşayan Farklı Sosyokültürel Grupların Sağlık Hizmetlerini Kullanma Davranışlarının Değerlendirilmesi*, uzmanlık tezi, Çukurova Üniversitesi, Adana.
- PEHLİVAN Seda, OVAYOLU Nimet, UÇAN Özlem ve KARADAĞ Gülelendam (2007),”Hemodiyaliz Hastalarının Verilen Bakımdan Memnun Olma Durumları”, *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, C. 2, S. 4, ss. 50-54.
- Pricewaterhouse Coopers (2010), “Build and Beyond: The (R)evolution of Healthcare”, *PPPs*. PWC, pp. 7-11, (<https://pwc.blogs.com/files/hri-ppp-paper.pdf>).
- RADULESCU Violeta, CETINA Iuliana (2011), “The impact of health care consumer education on marketing strategies of health services organization”, *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, V.15, pp. 388-393.
- REGIONI Conferenza Stato (2002), “Linee guida per l'organizzazione delle attività di DaySurgery (Repertorio Atti n. 1516 del 1 Agosto 2002)”, *Tratto il giorno* (2010), p. 4
- ROMZEK S. Barbara and JOCELYN M. J. (2001), “Reforming State Social Services Through Contracting: Linking Implementation and Organizational Culture”, Jeffrey L. Brudney (Ed.), *In Advancing Public Management, New Developments in Theory, Methods and Practice*, USA.
- SAĞLIKAKTUEL (2019), *2 yılda 8 şehir hastanesi açıldı, 2019'da 3 tane daha açılaca*,<https://www.saglikaktuel.com/haber/2-yilda-8-sehir-hastanesi-acildi-2019da-3-tane-daha-acilacak-64831.htm>. (ET. 9.01.2019).
- SAĞLIK YATIRIMLARI GENEL MÜDÜRLÜĞÜ (2021), “Kamu Özel İşbirliği Yatırımları”, <https://sygm.saglik.gov.tr/TR,33965/kamu-ozel-isbirligi-yatirimlari.html>, Erişim Tarihi: 20.01.2021.
- <https://sygm.saglik.gov.tr/TR,56672/3-yilda-10-sehir-hastanesi-hizmete-acildi.html>. (ET.15.12.2020).

- SAĞLIK BAKANLIĞI SAĞLIK YATIRIMLARI GENEL MÜDÜRLÜĞÜ (2021),
“Hastanelerde Dijital Dönüşüm Çağı”, *Medikal News*,s.34.
<https://sygm.saglik.gov.tr/TR,33960/sehir-hastaneleri.html>.
- SARP Nilgün ve TÜKEL Burhan (1999), “İbn-i Sina Hastanesinde Hasta Memnuniyeti”, *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası* C. 52, S. 3, ss. 147-151.
- SASAM ENSTİTÜSÜ (2018), Şehir Hastaneleri Araştırması,
<http://www.sasam.org.tr/wp-content/uploads/2018/07/Sehir-Hastaneleri-Arast%C4%B1rmas%C4%B1.pdf>, ET. 4 Aralık 2020.
- SES(2017), *Kamu Özel Ortaklığı Şehir Hastaneleri Araştırma Kitapçığı*, ss.38, Ankara
- SHAOUL Jean, STAFFORD Anne and STAPLETON Pamela (2008), “The Cost Of Using Private Finance To Build, Finance And Operate Hospitals”, *Public Money ve Management*, V. 28, I. 2, pp. 101- 108.
- SOYLUOĞLU Başak (2003), *Çağdaş Sağlık Anlayışı*, Bilkent Üniversitesi.
- SÖZER Ali Nazım (2014), “Sağlıkta Yeniden Yapılanmanın (Özelleştirmenin) Devamı Olarak Şehir Hastaneleri”, *Dokuz Eylül Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, C. 15, Özel S., 2013, s. 215-253.
- ŞAHİN Bayram, ÇELİK Yusuf ve TENGİLİMOĞLU Dilaver (2013), “ Sağlık Hizmetleri Pazarlaması”, *T.C. Anadolu Üniversitesi Yayınları* Yayın No: 2858, <http://docplayer.biz.tr/48506451-Saglik-hizmetleri-pazarlamasi.html>, ET. 5.01.2022.
- ŞAHİN Tahir Kemal, BAKICI Hacer, BİLBAN Sezgin, DİNÇER Şaduman, YURTÇU Müslim ve GÜNEL Engin (2005), “Meram Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi Servisinde Yatan Hasta Yakınlarının Memnuniyetinin Araştırılması”, *Genel Tıp Dergisi*, C. 15, S. 4, ss. 137-142.
- ŞEHİR HASTANELERİ SEMPOZYUMU (2019),
<https://www.ttb.org.tr/kutuphane/sehirhastkitapSML.pdf>. (ET. 6.02.2021).
- ŞEN Sedat (2016), *Manova Sunum*, <https://sedatsen.files.wordpress.com/2016/11/11-sunum.pdf>. (ET. 20/01/2021).
- TANRIVERDİ Haluk ve ÖZMEN Mehmet Ersoy (2011), “Sağlık Çalışanlarının Hasta Haklarına İlişkin Bilgi Düzeylerinin Hasta Memnuniyetine Etkisi”, *Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi*, C. 15, S. 3, ss. 85-109.

- TAŞLIYAN Mustafa ve AKYÜZ Müslüme (2010), “Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyet Araştırması: Malatya Devlet Hastanesi’nde Bir Alan Çalışması”, *Malatya KMÜ Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, C. 12, S. 19, ss. 61-66.
- TAŞLIYAN Mustafa ve GÖK Sibel (2012), “Kamu ve Özel Hastanelerde Hasta Memnuniyeti: Kahramanmaraş’ta Bir Alan Çalışması”, *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İİBF Dergisi*, C. 2, S. 1, ss. 69-94.
- TAYLOR Rob ve BLAIR Simon (2002), “Public Hospitals: Options for Reform through Public-Private Partnerships”, *Economics Research*, World Bank Group.
- TAYLOR Rob ve BLAIR Simon (2002), “Public policy for the private sector; options for reform through public-private partnerships”. *The World Bank’s Private Sector and Infrastructure Network*; Note Number 241. <http://siteresources.worldbank.org/EXTFINANCIALSECTOR/Resources/282884-1303327122200/241Taylo-010802.pdf>.
- TEMEL Kemal ve AKINCI Fevzi (2013), “Sağlık Hizmetleri Pazarlamasında Reklam ve Sosyal Medyanın Rolü” *I. Uluslararası Acil tıp Teknisyenliği ve Teknikerliği (Paramedik) Kongresi*, Ankara.
- TENGİLİMOĞLU Dilaver (1997), “2000’li Yıllarda Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Pazarlaması”, *Modern Hastane Yönetimi*, Yıl 1, Sayı 3.
- TENGİLİMOĞLU Dilaver (2012), “Sağlık Hizmetleri Pazarlaması, 2. Baskı”, *Siyasal Kitabevi*, Ankara.
- TENGİLİMOĞLU Dilaver (2014), “Sağlık Hizmetleri Pazarlaması”, *Ankara Üniversitesi Siyasal Kitabevi*, Ankara.
- TENGİLİMOĞLU Dilaver Ve Diğerleri (2019), “Sağlık Kurumları Yönetimi II”, *Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayın No:2861, Açık Öğretim Fakültesi Yayın No:1818*.
- TENGİLİMOĞLU Dilaver, AKBOLAT Mahmut ve IŞIK Oğuz, (2014), “Sağlık İşletmeleri Yönetimi”, *Nobel Yayınevi*, Ankara.
- TENGİLİMOĞLU Dilaver, AKBOLAT Mahmut ve IŞIK Oğuz (2018), “Sağlık İşletmeleri Yönetimi”, <https://docplayer.biz.tr/53731216-Saglik-yonetimi-saglik-hizmetlerinin-ozellikleri-siniflandirilmesi-ve-fonksiyonlari.html>, ET. 4.12.2019.

- TERRIS Milton (1992), Concepts of Health Promotion: Dualities in Public Health Theory, *Journal of Public Health Policy*, C. 13, S. 3, ss. 267-276.
- TEZCAN Didem, YÜCEL Mehmet Hakan, ÜNAL Umut Burak ve EDİRNE Tamer (2014), “Üçüncü Basamak Sağlık Kuruluşunda Hasta Memnuniyeti” *Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD*, C. 1, S. 1, ss. 57-62, Denizli.
- TEZLER (2021), <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/>, ET. 12.12.2020.
- THADANI Khushbu (2014), “Public Private Partnership In The Health Sector: Boon or Bane”, *Procedia Social and Behavioral Sciences*, I. 157, pp. 307- 316.
- The World Bank (2003), *Turkey Reforming the Health Sector for Improved Access and Efficiency (In Two Volumes, Volume II: Background Papers*, Document of the World Bank.
- The World Bank, (1986), *World Development Report 1986*, Oxford University Press, New York.
- TOKOL Tuncer (1984), “Pazarlama Araştırması”, *Uludağ Üniversitesi Yayınları*, Bursa.
- TUTUK Aytül, AL Derya ve DOĞAN Selma (2002), “Hemşirelik Öğrencilerinin İletişim Becerisi Ve Empati Düzeylerinin Belirlenmesi”, *CÜ Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, C.6, S.2, ss. 36-41.
- UÇAR Engin (2017), *Şehir Hastaneleri Sunusu*, Ankara.
- UĞURLUOĞLU Dilruba, GÖKKAYA ve ERDEM Durmuş Ramazan, “Şehir hastanesinde Çalışan Memnuniyeti Araştırması” (2019), *İktisadi İdari ve Siyasal Araştırmalar Dergisi*, C. 4, S. 9, ss. 101-118,
DOI: <https://doi.org/10.25204/iktisad.511419>, ET. 10.01.2022.
- UYAR Esra ve ÖZ Murat (2014), “Sağlık Hizmetleri Pazarlamasında Algılanan Hizmet Kalitesi ve Müşteri Memnuniyeti Üzerinde Ağızdan Ağıza Pazarlamanın Etkisini Belirlemeye Yönelik Bir Araştırma”, *KMÜ Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi* C.16, S. 26, ss. 123-132.
- UYGUN Beyza (2013), “Yeni Bir İlişki Türü: Kamu Özel Ortaklığı”, *Hukuk Gündemi*, ss. 24- 27.
- UYVAL Yusuf (2020), “Kamu-Özel İşbirliği Modelinde Özel Sektör Teşvik Faktörleri: Şehir Hastaneleri Örneği”, *MANAS Sosyal Araştırmalar Dergisi* C. 9, S. 1, ss. 389-392.

- UZ Abdullah (2007), “Kamu Özel Ortaklığı”, *Gazi Üniv. Hukuk Fak. Dergisi*, C. 11, S. 1, ss. 1165- 1182.
- UZUNDERE KOCALAR Zuhâl (2018), “Gaziantep Şehir Hastanesine 2020’de kavuşacak” 20 Haziran 2018,
<https://www.aa.com.tr/tr/turkiye/gaziantep-sehir-hastanesine-2020de-kavusacak/1179653>, ET. 4.12.2020.
- ÜSTÜN Besti, (2005), “Çünkü İletişim Çokşeyi Değiştirir!”, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, C. 8, S. 2, ss. 88-94.
- VARİNLİ İnci (2004), “Hizmet Kalitesi, Değer, Hasta Tatmini ve Davranışsal Niyetler Arasındaki İlişki- Kayseri’de Poliklinik Hastalarına Yönelik Bir Araştırma”, *Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, C. 1, S. 17, ss. 33- 52.
- WIKIPEDIA (2019), *Ankara Şehir Hastanesi*,
https://tr.wikipedia.org/wiki/Ankara_%C5%9Eehir_Hastanesi,
ET. 04.12.2021.
- WOLF, Eric J (2001), “ A New Approach to Healthcare Marketing”, *Healthcare Executive*, 16(1), 12-16.
- “World Bank. 2003, *Turkey: Reforming the Health Sector for Improved Access and Efficiency, Volume 1. Main Report. Washington, DC. © World Bank.*
<https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/14824> License: CC BY 3.0 IGO.”
- YAĞBASAN Mustafa ve ÇAKAR Fatih (2006), “Doktor-Hasta İlişkisinde Dile ve Davranışa Dayalı İletişimsel Sorunları Belirlemeye Yönelik Bir Alan Araştırması”, *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (15), 609-629.
- YALÇIN İbrahim ve KOÇAK Seçim (2009), “ Niğde Devlet Hastanesinde Müşteri Memnuniyeti Üzerine Bir Araştırma”, *Niğde Üniversitesi İİBF Dergisi*, C. 2, S. 2, ss. 19- 41.
- YANIK Aygül (2000), *Sağlık Bakım Hizmetlerinde Hasta Tatmini ve Haydarpaşa Numune eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde Hasta Tatmini Üzerine Bir Araştırma*, yayınlanmamış doktora tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
- YEREBAKAN Metin (2000), “Özel Hastaneler Araştırması Mevcut Durum, Sorunlar ve Çözüm Önerileri”. *İstanbul Ticaret Odası Yayın No: 2000-26*, ss.46-48.

- YESCOMBE Edward R. (2007), “Public Private Partnerships: Principles Of Policy And Finance”, *Published by ElsevierLtd.* London.
- YESCOMBE, Edward R (2011), *Public-private partnerships: principles of policy and finance*, Published by Elsevier Ltd.London.
- YILDIRIM Arzu (2014), “Sağlık Kurumlarında Üretim ve Süreç Üzerine Bir Değerlendirme: Malatya Turgut Özal Tıp Merkezi”, *The Journal of Academic Social Science Studies*, S. 29, ss. 457-474.
- YILDIZ Sebahattin ve YILDIZ Sevda Eliş (2011), “Hizmet Kalitesinin Müşteri Memnuniyetine Etkisi: Kars’taki Devlet ve Üniversite Hastaneleri’nde Bir Araştırma”, *Bilgi Ekonomisi ve Yönetimi Dergisi. C. VI(II)*, ss. 125-140.
- YILMAZ Ferimah Yusufi ve GÜLTEKİN KARAKAŞ Derya (2011), “Sağlıkta Kamu Özel Ortaklığı’nınYapısal/Konjonktürel ve Türkiye'ye Özgü Nedenleri”, Sağlık Alanında Kamu-Özel Ortaklığı Sempozyumu, Bursa, 6-7 Mayıs 2011, ss. 29-83.
- YILMAZ Meryem (2001), “Sağlık Bakım Kalitesinin Bir Ölçütü: Hasta Memnuniyeti”, *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, C. 5, S. 2*, ss. 69-74.
- YÜKSELEN Cemal (2000), “Pazarlama İlkeler-Yönetim”, *Detay Yayıncılık*, Ankara.
- ZAİM Halil ve TARIM Mehveş, (2011)” Hasta Memnuniyeti: Kamu Hastaneleri Üzerine Bir Alan Araştırması” *Journal of Social Policy Conferences*, S.59, ss. 1-24.

ANKET FORMU

Lütfen aşağıdaki ifadelerin her birini dikkatle okuduktan sonra ilgili kutucuğun içine (X) işareti koyarak belirtiniz.

1. KATILIMCIYI TANIMLAYICI BİLGİLER	
1. Cinsiyetiniz :	Bayan <input type="checkbox"/> Erkek <input type="checkbox"/>
2. Yaşınız:	
3. Eğitim Durumunuz :	Okur Yazar <input type="checkbox"/> İlkokul <input type="checkbox"/> Ortaokul <input type="checkbox"/> Lise <input type="checkbox"/> Yüksek Okul <input type="checkbox"/> Üniversite ve üstü <input type="checkbox"/>
4. Mesleğiniz:	Çalışmıyor <input type="checkbox"/> Ev Hanımı <input type="checkbox"/> Emekli <input type="checkbox"/> İşçi <input type="checkbox"/> Memur <input type="checkbox"/> Serbest Meslek <input type="checkbox"/>
5. Aylık Ortalama Bireysel Geliriniz.....	
6. Yaşadığınız İli Belirtiniz.....	
7. Sosyal Güvenceniz:	Bağkur <input type="checkbox"/> Yeşilkart <input type="checkbox"/> SSK <input type="checkbox"/> Özel Sigorta <input type="checkbox"/> Emekli Sandığı <input type="checkbox"/> Güvencem Yok <input type="checkbox"/>
8. Muayene Olduğunuz Poliklinik?	
9. Bu sağlık kurumunu tercih nedeninizin en önemli üç tanesini önem sırasına göre sıralayınız.	<input checked="" type="checkbox"/> Sağlık hizmeti kalitesinin iyi olması <input type="checkbox"/> Fiyatların uygun olması <input type="checkbox"/> Kurumlarla anlaşması olması <input type="checkbox"/> Sosyal güvencemin kapsamında olması <input type="checkbox"/> Hastanenin eve yakın olması <input type="checkbox"/> Başka hastaneden sevk edildiği için <input type="checkbox"/> Tavsiye edilmiş olması <input type="checkbox"/> Tüm branşlarda uzman doktor olması <input type="checkbox"/> Hastanede tanıdık çalışanın olması <input type="checkbox"/> Mecburi olmak
10. Randevu alarak mı geldiniz?	Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>

ANKET FORMU DEVAMI

Lütfen aşağıdaki ifadelerin her birini dikkatle okuduktan sonra bu ifadelere ne ölçüde katıldığınızı ilgili kutucuğun içine (X) işareti koyarak belirtiniz.

2. KATILIMCININ BİLKENT ŞEHİR HASTANESİ HİZMETLERİNİ DEĞERLENDİRMESİ					
Aşağıdaki ifadeleri Hastanede Sağlık Hizmeti aldığımız DANIŞMA ve POLİKLİNİK SEKRETERLERİNİ değerlendirerek cevaplayınız					
Aşağıdaki Yargılara katılma Derecenizi Belirtiniz.	Katılıyorum	Katılmıyorum	Hiç Katılmıyorum	Kararsızım	Fikrim Yok
1. Bilkent Şehir Hastanesi danışma personellerinin hasta ve hasta yakınlarına davranışı kibar, yardımsever ve güler yüzlüydü.					
2. Poliklinik sekreterlerinin hasta ve hasta yakınlarına davranışı kibar, yardımsever ve güler yüzlüydü.					
3. Poliklinik sekreterleri düzenli ve hızlı işlem yapıyorlardı.					

Aşağıdaki ifadeleri Hastanede Sağlık Hizmeti aldığımız DOKTOR ve HEMŞİRELERİ değerlendirerek cevaplayınız.					
1. Doktor hastalığımı doğru teşhis etti.					
2. Doktor hastalığımı doğru tedavi etti.					
3. Doktorların hasta ve hasta yakınlarına davranışı kibar, yardımsever ve güler yüzlüydü.					
4. Muayene eden doktor hastalığım konusunda beni bilgilendirdi.					
5. Doktor bana verdiği tedaviyi nasıl uygulayacağımı ayrıntılı olarak anlattı.(ilaç kullanımı, egzersizler vb.)					
6. Hastanede kaldığım süre içerisinde doktorlar tarafından gereken saygıyı gördüğüme ve kültür değerlerime uygun davranıldığına inanıyorum.					
7. Hemşirelerin hastaya yaklaşımı (Kibar, yardımsever, güler yüzlü) iyiydi.					
8. Hemşirelerin el becerileri yeterlidir.					

ANKET FORMU DEVAMI

Lütfen aşağıdaki yorumlara hangi ölçüde katıldığınızı ilgili kutucuğun içine (X) işareti koyarak belirtiniz.	Katılıyorum	Katılmıyorum	Hiç Katılmıyorum	Kararsızım	Fikrim Yok
1. Hastanenin çağrı merkezine kolaylıkla ulaşıyor.					
2. Çağrı merkezi çalışanları beni bilgilendirerek yönlendirdi.					
3. Hastaneden randevu almak kolaydı.					
4. Hastanede istediğim doktora muayene ve tedavi olabilmekteyim.					
5. Girişteki danışmanın bilgilendirme ve yönlendirme hizmetlerinden memnun kaldım.					
6. Poliklinik binasında bulunan muayene odaları, kan alma, röntgen odası gibi birimlere bulmak kolaydır.					
7. Hastanede rahat bir ortamda sıra bekleyebilmekteyim.					
8. Bekleme salonunda koltuk/sandalye sayısı yeterlidir.					
9. Bekleme salonunun sıcaklığı, havalandırması normaldir					
10. Hastanede poliklinikler, muayene olduğum oda, bekleme alanları ve tuvaletler genel olarak temizdi					
11. Radyoloji (film, röntgen, ultrason vb.) hizmetlerinde sıra bekleme ve işlem süresi kısadır.					
12. Laboratuvarlarda kan, idrar gibi tahlil hizmetlerinde sıra bekleme ve işlem süresi kısadır.					
13. Hastane çalışanları tüm hastalara iyi davranıyorlar.					
14. Hastanedeki poliklinik hizmetlerinden memnun kaldım.					
15. Hastanede hasta hakları birimi mevcuttur ve kolay ulaşılabilir bir yerdedir					
16. Bilkent Şehir Hastanesi ve Hastane hizmetlerini kaliteli buldum.					
17. Herhangi bir rahatsızlık durumunda tedavi olmak için yine bu hastaneyi tercih ederim.					
18. Hastanede kaldığım süre içerisinde hastane çalışanlarından aldığım hizmet genel olarak iyiydi. Tavsiye ederim.					
19. Devlet hastanelerinin şehir hastanesine dönüştürülmesi doğru bir işlemdir.					
20. Bilkent Şehir Hastanesi dünya standartlarında bir hastanedir.					

Kaynak: (Çakır, 2015).